


31 C

DE

LA RHINOPLASTIE.

DE
LA RHINOPLASTIE,

ART DE RESTAURER
OU DE REFAIRE COMPLÈTEMENT LE NEZ.

ouvrage dédié

A SON ALTESSE LE VICE-ROI D'ÉGYPTE ET DE SYRIE.

Par L. LABAT,

Docteur en médecine, ex-chirurgien du vice-roi d'Égypte, secrétaire rapporteur de la commission de salubrité du quartier du faubourg St-Germain, membre de plusieurs Sociétés médico-chirurgicales, et l'un des principaux rédacteurs du journal des *Annales de la médecine physiologique*.

Avec plusieurs planches lithographiées.

PARIS.

IMPRIMERIE DE DUCESSOIS,
Quai des Augustins, 55.

1834

DÉDIÉ

A SON ALTESSE SÉRÉNISSIME

LE VICE-ROI D'ÉGYPTE ET DE SYRIE,

MOHAMED-ALY,

RÉGÉNÉRATEUR DES SCIENCES, DES ARTS ET DE LA CIVILISATION DANS L'ORIENT.

Hommage Respectueux et Reconnaissant

De la part de l'auteur,

L. LABAT, D.-M.

PRÉFACE.

Il n'existait point en France ni à l'étranger un traité complet de rhinoplastie; cependant, Carpue en Angleterre, Graëff et Dieffenbach en Allemagne, ont publié depuis quelques années des documens importans sur diverses espèces de restaurations nasales, le premier en propageant en Europe la méthode indienne, le second en tirant de l'oubli l'ancienne méthode italienne, dite tagliacozzienne, et le troisième en créant de nouveaux procédés opératoires applicables à presque tous les genres de difformités du nez.

La plupart de ces travaux entrepris vers la fin du siècle dernier et d'autres beaucoup plus récens, avaient fait de rapides progrès chez nos voisins, lorsque notre compatriote, M. Delpech, comprenant combien la chi-

rurgie française était restée en arrière relativement à la rhinoplastie, essaya de poser dans son traité de clinique chirurgicale, les première basses d'un travail spécial sur cette partie importante de la médecine opératoire. Mais, à l'exemple de Tagliacozzi, de Carpue, de Graëff, de Dieffenbach et autres *rhinoplastes*, M. Delpech s'est borné à tracer, avec beaucoup de soins et de détails, les méthodes dont il a fait l'essai, et les procédés opératoires qu'il a imaginés(1): peut-être n'avait-il pas connaissance des premiers procédés rhinoplastiques consignés dans les auteurs grecs et romains, et peut-être encore ignorait-il, du moins en partie, les travaux rhinoplastiques des chirurgiens du moyen-âge et quelques-uns de ceux entrepris par des contemporains étrangers?

(1) C'est un écueil dont les chirurgiens ont beaucoup de peine à se garantir, parce qu'en général l'opération dans laquelle ils ont réussi est toujours celle qui leur paraît la meilleure, la plus correcte et la plus facile à exécuter.

Les observations rhinoplastiques qu'il a publiées, renferment d'excellens principes dont il eut fréquemment occasion de faire l'application; mais n'ayant pu imaginer un moyen propre de dispenser de la section du pédicule, par l'intermédiaire duquel la nutrition normale peut se continuer dans le lambeau, tous ses procédés opératoires sont loin d'offrir la garantie de succès que présente la rhinoplastie actuelle. Partisan outré de la *réunion immédiate*, surtout par l'emploi d'un grand nombre de points de suture, M. Delpech s'est exagéré les inconvéniens de la réunion par *seconde intention*, il a cherché à les éviter à tout prix, même en s'exposant à des dangers réels pour en éviter d'imaginaires. Néanmoins, malgré les imperfections que présente son travail, nous devons dire à la louange de ce célèbre professeur, qu'il a été le premier en France à pratiquer la rhinoplastie et que les deux méthodes, italienne et indienne, lui sont

également redevables d'une partie de leurs progrès.

Aussitôt que l'impulsion a été donnée en France, d'autres chirurgiens n'ont pas tardé à marcher sur les traces du professeur de Montpellier et ont fini même par dépasser les résultats qu'il avait déjà obtenus. Ainsi, MM. Dupuytren, Lisfranc, Blandin, Thomin, etc., ont tenté avec succès quelques restaurations nasales et en ont consigné les observations dans des publications qui offrent toutes beaucoup d'intérêt.

Il s'agissait donc de réunir tous ces élémens divers, de les compléter par de nouveaux perfectionnemens, d'imaginer même d'autres procédés opératoires, pour créer un traité historique et pratique de rhinoplastie générale. Cette entreprise offrait de grandes difficultés à surmonter, parce qu'elle nécessitait de nombreuses recherches qui devaient en outre être éclairées par des succès personnels. Telle est l'œuvre que je

me suis proposée et le but que j'ai cherché à atteindre, en publiant cette monographie qui manquait dans notre librairie médicale.

Indépendamment de mes travaux sur la rhinoplastie, cet ouvrage renfermera donc la description des méthodes et procédés opératoires employés par les chirurgiens, de l'antiquité, ainsi qu'une exposition consciencieuse de l'état actuel de la chirurgie, relativement aux moyens qu'elle emploie pour remédier aux difformités de la face, causées par l'absence totale ou partielle du nez; par la disjonction congéniale ou accidentelle de ces deux masses latérales; par le défaut de réunion entre le lobe nasal et le bord inférieur de la voûte osseuse de cet organe, ou enfin par l'affaissement et même l'enfoncement de sa partie dorsale dans l'intérieur des fosses nasales.

Ces lésions si différentes par leur nature et les causes qui peuvent les produire, m'ont obligé à la division des matières

par chapitres, 1° relativement à la partie du nez qu'il faut restaurer, 2° par rapport au genre d'opération qu'il paraît le plus convenable d'adopter. Ainsi, je prends pour point de départ l'absence complète du nez; viennent ensuite les difformités partielles causées par la perte du lobe nasal, par l'absence d'une des parois latérales de cet organe ou de sa partie dorsale, par le manque des deux ailes du nez ou de l'une d'entre elles, enfin, ou par destructionde la sous-cloison.

J'espère qu'en attirant l'attention des praticiens sur ce genre de *prothèse nasale*, trop négligé jusqu'à ce jour, on pourra étendre l'application du principe à un grand nombre d'autres maladies réputées incurables, ou d'une guérison très difficile. Cette opération plastique ouvrira alors la carrière à de nouvelles tentatives qui, multipliant les ressources de la thérapeutique, la rendront applicable à un plus grand nombre de cas maladifs.

Espérons que la jeune chirurgie française répondra à cet appel, et ne permettra point que l'étranger continue à nous croire tributaires des progrès que la rhinoplastie a faits à Londres et à Berlin.

DE LA RHINOPLASTIE,

Art de restaurer *complètement le nez à ceux qui l'ont perdu accidentellement ou par suite de maladie. Opération également applicable à ceux qui viennent au monde privés de cet organe;* par M. L. Labat, *docteur-médecin, ex-chirurgien du vice-roi d'Egypte, membre de plusieurs Sociétés médico-chirurgicales, etc.*

« Pratiquée par M. L. Labat, dans le courant » du mois d'octobre dernier, cette intéressante » opération a été couronnée du plus heureux » succès, et c'est vers la fin de décembre de la » même année, que le nommé *Lanelongue*, pré- » senté au public de cette ville, a éprouvé une » satisfaction bien vive par la peine qu'on a eue » d'abord à le reconnaître. »

(Extrait du journal de la ville d'Aix, départem. des Bouches-du-Rhône, n° 7, 16 février 1828, page 6 (1).

(1) M. le maire, désirant constater un fait aussi curieux, a voulu qu'il fût consigné sur le registre des passeports.

(Premier article.)

INTRODUCTION.

La perte complète du nez, ou d'une partie de cet organe, produit une difformité si pénible à voir, que de tous temps les rhitnomètes (1) ont été un objet de dégoût pour la société (2). Aussi dès la plus haute antiquité, et dans presque tous les pays, ce genre de mutilation fut-il un des châtimens les plus redoutables appliqués aux grands criminels.

L'histoire complète des nez coupés serait trop longue à faire, et nous obligerait à trop de détails, tant la matière est riche sur ce sujet. Bornons-nous donc, à esquisser rapidement l'historiographie ancienne et moderne de cette étrange coutume.

Diodore de Sicile rapporte que « par ordre » d'Actasan, on coupa le nez à tous les habitans » de Kistipoor, même aux enfans à la mamelle, » afin de punir toute cette race de brigands et

(1) Individus sans nez.

(2) L'histoire rapporte qu'Eusébie, abbesse du monastère de St-Cyr, à Marseille, et les 40 religieuses de son couvent se mutilèrent le nez pour se soustraire aux désirs impudiques des Sarrazins qui s'étaient emparés de la ville. Ces féroces vainqueurs en furent tellement outrés, qu'ils les mirent toutes à mort.

Un grand nombre de femmes et de jeunes filles anglaises se défigurèrent horriblement et de la même manière, afin d'empêcher les Danois, devenus maîtres de leur pays, d'attenter à leur honneur. (*Chron. angl.*)

» leur en laisser une trace indélébile; il surnomma » leur ville Nasica-Topoor, et comme ils demeu- » rèrent incorrigibles, il finit par les expulser de » ses états. Ils se réfugièrent alors vers Oreb, » qui depuis lors s'appela Rhinocolure. »

Chez les Egyptiens, les Grecs et les Romains, la loi infligeait ce terrible châtiment aux adultères, et pour surcroît de bizarrerie, accordait aux maris outragés le soin de se faire justice eux-mêmes. C'est assez nous dire que ces messieurs devaient s'en acquitter de manière à ne laisser aucun vestige du nez. Sixte-Quint faisait abattre le nez aux voleurs et aux bélitres qui infestaient Rome et sa banlieue; ce qui prouve qu'autrefois ce châtiment était aussi commun en Italie que dans les Indes, où il est toujours en usage depuis un temps immémorial (1). En Angleterre, la reine

(1) En 1824, étant à Fohä, dans la Basse-Egypte, et rencontrant au bazar quantité de gens sans nez, je demandai la cause de ces nombreuses mutilations, voici ce que me répondit mon guide. « *Foha, la ville des fruits, comme l'indique son nom arabe, est aussi la patrie et le repaire des plus effrontés larrons du pays. La cité serait inhabitable si la loi, plus sévère ici que partout ailleurs, ne mutilait les principaux voleurs afin d'intimider les autres.* » Mon cicerone arabe, continuant sa narration, ajouta malignement *que le plaisir illicite qu'on prend avec la femme d'autrui étant considéré par eux comme le plus grand des larcins qu'on puisse commettre, le même genre de punition était infligé au coupable*; si mon cicerone avait compris le latin, c'eût bien été le cas de lui répondre comme le bon Musianus.

Si mœchis rasum mos esset tollere nasum,
Multi per mundum sine naribus esset eundum.

Sous le gouvernement actuel de Méhémet-Ali, cette abominable coutume ainsi que l'affreux supplice du *pal*, ont été entièrement abolis.

Elisabeth, dont le grand nez est devenu historique, fit ordonner par un bill de réforme, qu'on coupât les oreilles et le nez à tous ceux qui parleraient mal de sa personne et de son gouvernement. Dans ce même pays, qui pourtant devait être plus tard le berceau de la liberté, le chevalier Coventry s'étant permis une raillerie trop amère sur le compte de Charles II, le monarque indigné lui fit couper le nez. En Prusse, Frédéric II le fit impitoyablement abattre à un noble Séquanien, qui s'était plaint avec fierté d'avoir été enrôlé par dol. Qui ne connaît l'histoire de cette femme d'un notaire de Paris qui, poussée par un étrange mouvement de jalousie, arracha le nez à une pauvre bouchère, sa rivale?

L'histoire physique et morale du nez offre un très haut degré d'intérêt. Le bon Hérodote, qui ne mentait pas toujours, prétend que dans le langage symbolique des prêtres d'Iris et d'Osiris, la figure du nez signifiait un homme sage et prévoyant. *Athènes* et *Rome* qui reçurent en héritage, une partie des lois, usages et beaux-arts de la Vieille-Egypte, eurent aussi une grande considération pour les beaux nez : on y aimait de préférence ceux qui l'avaient long et carré au bout, *longus quadratusque nasus ;* tel était le nasum ciceronianum. Nous sommes forcés d'admettre aussi qu'Ovidius *naso* et Scipion le *nasifique* devaient être bien partagés.

En France, comme dans toute l'Europe mo-

derne, on a su apprécier toujours ce que vaut un beau nez grec ou romain. En général, on ne l'aime point quand il est petit (camard ou carlin). On mésestime un punais et l'on abhorre un homme sans nez ; le rithnomète est un vrai sujet d'effroi pour les femmes et les enfans. Dans notre langage familier, le substantif *nez* joue un si grand rôle que nous l'employons très-souvent pour désigner la personne tout entière. Ainsi l'on dit *il a bon nez*, d'une personne avisée ; *on lui a donné sur le nez*, d'un individu qui aura été mortifié ou battu ; *se casser le nez*, d'un autre qui n'aura pas réussi ; *rire au nez*, se moquer de quelqu'un, etc. ; enfin cette étrange synechdoque, où l'on prend la partie pour le tout, est d'un usage si fréquent que nous l'avons sans cesse à la bouche, et qu'à tout instant je la vois s'échapper de ma plume ; mais ce qui est plus singulier encore, c'est d'avoir poussé le prestige *nasomanique* au point d'appeler *nasillard, nasiloquus, homme qui parle du nez*, le pauvre mutilé qui est entièrement privé de cet organe, ainsi que les malheureux qui ne jouissent plus de son libre usage (les enchifrenés). Nous ne saurions mieux terminer notre petite excursion littéraire, qu'en rapportant le fait suivant que nous fournit l'histoire du grand Napoléon, qui a aussi payé son tribut à la parodie du nez. « Un jour que M. de Pradt, archevêque de Malines, déraisonnait politique, comme à son ordinaire, et qu'il parlait en ma présence de ses projets extravagans, je me

contentai de fredonner une partie de ce couplet si connu :

> Où courez-vous, monsieur l'abbé ?
> Vous allez vous casser le nez.

ce qui le déconcerta si fort qu'il ne put ajouter une parole de plus. » (1)

Les beaux nez sont donc en grand honneur dans tous pays : mais comme il n'y a pas de règle générale sans exception ; nous conviendrons de bonne foi que *les Chinois* les aiment petits, *les Maures* camus, et que *les Tartares* l'écrasent à leurs enfans, parce que, disent-ils, c'est folie de porter un nez devant les *yeux*.

Histoire de la Rhinoplastie (1).

La difformité provenant de l'absence du nez, peut être congéniale ; ce cas, quoique très-rare, a été observé plusieurs fois ; mais le plus souvent elle est accidentelle. Les causes ordinaires de ces mutilations, sont les coups de sabres, d'armes à feu, et autres instrumens vulnérans, ainsi que l'action destructive de certains ulcères vénériens, cancéreux, dartreux, etc., ou bien d'un froid très-rigoureux.

L'absence de cet organe donne non-seulement

(1) OEuvres choisies de Napoléon Bonaparte, tome 4e, page 30, article de Pradt, ex-archevêque de Malines.

(2) Dérivé de deux mots grecs : *rhino*, nez, *plasto*, façonner, former.

un aspect hideux, mais encore a l'inconvénient de nuire à la prononciation de certaines lettres, de diminuer l'odorat, et de mettre les fosses nasales en rapport trop direct avec l'air et les corpuscules qu'il contient.

Les causes destructives du nez étant très-multipliées, on concevra facilement que les occasions de les restaurer, auront dû se présenter souvent aux chirurgiens. Cette opération, originaire de l'Inde, où depuis un temps immémorial, on coupe beaucoup de nez, est un des plus beaux triomphes de la chirurgie. La main de l'homme produisant à volonté un organe détruit, semble le faire participer au génie du créateur. Les premiers essais rhinoplastiques tentés en Europe, parurent si extraordinaires aux chirurgiens du moyen-âge, que la plupart d'entre eux en nièrent la possibilité d'exécution (1). Il n'a fallu rien moins, que les fréquentes occasions qui se sont présentées de pratiquer cette opération et les nombreux succès que l'on a obtenus, pour faire cesser l'incrédulité et le ridicule qu'on avait jeté sur ce genre de prothèse animée.

De la Rhinoplastie des anciens.

Puisque de tout temps et dans tous les pays, il y a eu des nez coupés, ou détruits pas suite de mala-

(1) Lisez les railleries spirituelles de van Helmont (*Opuscula medica*), et les déclamations de Junker *sur les opérations tagliacoziennes*, vulgairement appelées, raccoutremens des nez

die, il n'est point étonnant que les chirurgiens de la plus haute antiquité aient essayé de les raccommoder. Ils réparaient l'organe détruit aux dépens de la peau du voisinage, et profitaient pour cela de toute la ductilité dont les joues sont susceptibles; lorsqu'ils ne pouvaient les étendre assez, ils y faisaient des incisions, ce qui facilitait le déplacement des tégumens. Galien, né en Asie, et qui vivait au commencement de l'ère chrétienne, parcourut l'Orient et séjourna nombre d'années à Alexandrie, rendez-vous de tous les savans de l'Europe et de l'Asie. Dans ses rapports avec les philosophes indiens, et dans la lecture de leurs ouvrages dont la collection était une des principales richesses de la bibliothèque de cette ville, le médecin de Pergame eut probablement occasion de recueillir quelques renseignemens sur les procédés nasifiques qu'employaient les Brahmines; mais ces prêtres indiens ayant soin, autant que possible, de ne jamais pratiquer cette opération en présence des profanes, Galien ne dut se procurer que des documens imparfaits.

Voici quel est le procédé opératoire qu'il conseille de mettre en usage. « Lorsque, par suite d'un ulcère ou d'une action vulnérante, le nez aura été détruit en partie ou enlevé en totalité, il faut en faire un nouveau, ou du moins recouvrir son emplacement aux dépens de la peau de la face. » (*Meth. med. lib. XIV, cap. XVI.*) En conséquence, il propose de disséquer et de détacher la

peau au pourtour du nez, de l'amener de droite et de gauche vers le lieu où on en a besoin, pour l'y fixer par quelques points de suture; on ménageait ensuite d'une manière convenable l'ouverture des narines (1).

Celse dit même que si on prend la précaution de pratiquer de longues incisions verticales près des oreilles, il est beaucoup plus facile de ramener la peau vers la ligne médiane. *Non creatur ibi corpus, sed ex vicino adduntur, quod etsi in levi mutilatione fallere oculum potest, in magna non potest* (Lib. VII, cap. IX). Différens passages des œuvres de Paul d'Egine traitent de ces procédés rhinoplastiques. Nous croyons, par respect pour nos lecteurs, devoir nous dispenser de rapporter les ineptes essais que nous ont transmis Olaus magnus (2). Il ne s'agissait de rien moins que de remplacer le nez absent à l'aide de la chair d'une volaille vivante. La méthode de M. Dieffenbach n'est qu'un renouvellement de la *rhinoraphie* des anciens.

(1) En 1820, une rhinoraphie de ce genre fut pratiquée, par M le baron Larrey, sur un militaire grièvement blessé d'un coup d'arme à feu tiré dans la bouche : l'opéré fut présenté à la faculté de médecine de Paris, où tous les professeurs purent l'examiner. La cicatrice est exacte, uniforme, linéaire et le nez a repris une conformation assez régulière pour que la physionomie du sujet n'offre rien de pénible à la vue. On peut lire les détails de cette intéressante opération dans le 35ᵉ cahier du Journal complémentaire du Dict. des Sciences méd. (Mai 1821.) Dans le tome 4 de ses campagnes, M. Larrey rapporte un autre cas absolument semblable : deux mois et demi après l'opération, le malade était bien portant et sans difformité sensible.

(2) Historia de rebus mirabilibus, etc.

Rhinoplastie italienne.

Cette méthode, qu'on a aussi appelée Calabroise, ou Tagliacozzienne, devrait plutôt porter le nom de Sicilienne, car ce fut un chirurgien de ce pays, nommé Branca, qui, deux siècles avant Tagliacozzi, la pratiqua le premier en Europe (1).

De tout temps la Sicile ayant été en relation commerciale avec les Indes, par l'intermédiaire de Suez et de la mer Rouge, ainsi que par la Syrie et Bagdad, il est très-probable que c'est de l'Indostan, qu'elle aura importé en Europe l'opération rhinoplastique. Tagliacozzi, professeur à Bologne, ne fit que répéter les expériences de Branca, de Balthazar Pavone, de Mongitore et des Boiani (2) (famille qui, durant le quinzième siècle, s'était acquise, à Naples, beaucoup de célébrité dans l'art de racoutrer les nez et autres parties du corps). Vers la fin du siècle suivant, deux frères Boiani, de Tropea, en Calabre, parcoururent l'Europe en restaurant des nez de tous côtés. Ils jouissaient d'une grande réputation, et acquirent d'immenses richesses. Si ces habiles racoutreurs eussent commencé leur tournée quelque années plus tôt, et qu'ils se fussent rendus en Danemarck, ils auraient pu refaire un nez au célèbre astronome

(1) Ranzano, évêque de Lucera, ville du royaume de Naples, rapporte sous l'année 1442 que Branca, chirurgien sicilien, fut le premier qui pratiqua cette opération.

(2) Ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant l'ouvrage d'Antonio Molinelli : *Disquisitiones anatomo-pathologicæ*, publié en 1625.

Tycho-Brahé qui, en 1566, à l'âge de 20 ans, ayant perdu le sien par suite d'un coup de sabre qu'il reçut dans un duel, fut, à son grand regret, camard tout le reste de sa vie. Cela prouve qu'à cette époque, il n'y avait en Allemagne ni à Copenhague, aucun chirurgien qui connût ou qui osât pratiquer ce genre d'opération. Mais en 1587, Tagliacozzi ayant publié une brochure intitulée : *Epistola ad hieronimum mercurialem de naribus multo antè abcissis reficiendis.* Cette publication fit grand bruit dans le public, acquit de la célébrité à son auteur, et donna lieu de croire qu'il était l'inventeur de la rhinoplastie. Ce ne fut qu'en 1597 qu'il fit imprimer sur cette matière un ouvrage ex professo : *Chirurgia nova de narium, aurium, labiorumque defectu, per insitionem cutis ex humero.* Après la mort de ce médecin, les magistrats de Boulogne voulant honorer sa mémoire et transmettre à la postérité la méthode rhinoplastique, dont on le croyait l'inventeur, lui firent ériger dans l'amphithéâtre de l'Ecole de médecine, une statue tenant un nez à la main.

Procédés opératoires de la rhinoplastie italienne.

En Sicile, dans la Calabre, à Naples, et dans toute l'Italie, on a pratiqué la rhinoplastie de plusieurs manières. Mais le procédé qui a été le plus généralement employé, est celui dont Tagliacozzi nous a transmis les détails dans son traité de chirurgie sur *les difformités des narines*, *des lèvres et*

des oreilles. L'opérateur, après avoir imité un nez avec une feuille de cire ou de papier, conduisait la face antérieure du bras du malade, au-devant des ouvertures nasales, pour étaler sur le point convenable du membre, le modèle dont il tournait le sommet vers l'épaule; on marquait la circonférence avec de l'encre, qui, aussitôt qu'elle était desséchée, permettait de circonscrire et disséquer avec beaucoup de précision, un lambeau de peau que le chirurgien détachait de la pointe vers la base, qu'il avait soin de laisser adhérente. Une bandelette aglutinative, placée au-dessous, et légèrement serrée, servait à rapprocher les bords de la plaie (1). Après cette opération préliminaire, on incisait le contour des ouvertures sanales, ou du moignon du nez qui restait encore, le racoutreur y appliquait le lambeau saignant qu'il fixait à l'aide de quelques points de suture, et qui recevant sa nutrition à la faveur de sa base, restée adhérente au bras, se cicatrisait par ses bords. On avait la précaution de fixer le membre thoracique au-devant de la face, à l'aide d'un bandage approprié, et pour ce genre de *prothèse*, il fallait que la main et l'avant-bras restassent appliqués sur la tête durant près de douze jours, afin que le lambeau de peau fût appliqué avec beaucoup de précision à la place du

(1) Lorsque la peau était trop mince, on faisait suppurer le lambeau avant de l'appliquer : il se crispait et ne tardait point à s'épaissir.

nez (1). Lorsque l'agglutination était solide, l'opérateur séparait totalement la base de cette portion de tégument, qu'il perçait de deux ouvertures pour simuler celles des narines ; il y plaçait des bourdonnets de linge ou des canules de plomb, afin de les maintenir béantes, et achevait ensuite de donner une belle tournure au *nouveau nez*, ou tout au moins, tâchait de le régulariser le mieux possible. Tagliacozzi recommande surtout de ne pas ménager l'étoffe, disant qu'il valait mieux avoir un gros nez que de l'avoir *rabougri : melius est amptas gestare nares, quam imminutas et deformes.*

Quelques chirurgiens de cette époque faisaient cette opération d'une toute autre manière. Ils pratiquaient, à la face antérieure et moyenne de l'avant-bras, une incision dans laquelle ils logeaient les bords du nez mutilé, qu'on avait rendus saignans et qu'on y fixait à l'aide d'un appareil convenable, qui ressemblait à celui mis en usage dans le procédé Tagliacozzi. Au bout de quinze ou vingt jours, lorsque l'adhérence était solidement établie, l'opérateur taillait et détachait de chaque côté deux lambeaux triangulaires, de la forme du nez qu'il voulait racoutrer ; il les réunissait sur sa ligne médiane (dorsale), où ils ne tardaient point à se cicatriser en y produisant une sorte de raphé. Ils achevaient ensuite de donner à cet opercule des

(1) Avant l'opération, on habituait le malade à l'action fatigante de cet appareil.

ouvertures nasales, l'aspect le mieux assorti à l'air du visage.

Graëff, chirurgien en chef de l'Institution clinique de Berlin, et M. Delpech, professeur de chirurgie à l'École de Médecine de Montpellier, qu'un affreux assassinat vient d'enlever à la science, sont, parmi les opérateurs modernes, les seuls, à ma connaissance, qui aient mis en usage la méthode dite Tagliacozzienne. Les modifications qu'ils y ont apportées sont peu importantes pour le fond, mais d'un assez haut intérêt sous le rapport de l'exécution. Ces deux célèbres chirurgiens ont imaginé un appareil composé d'un gilet lacé, et surmonté d'un capuchon en forme de casque rabattu en arrière, et qui emboîte solidement la tête. Une manche de toile ou de peau, cousue sur le côté du corset, à droite ou à gauche, suivant le bras qu'on veut martyriser, soutient et enveloppe ce membre dans toute son étendue dorsale, tandis qu'elle laisse à découvert toute sa face palmaire. Cette espèce de gaine, qui, auprès du coude, donne attache à quatre grandes courrroies, en présente encore deux autres plus courtes aux environs du poignet; les premières, à droite et à gauche, servent à relever et à fixer le bras et l'avant-bras vers la figure, en se fixant l'une sur le corset et l'autre au capuchon; tandis que les secondes ont pour objet, d'attacher solidement la main sur le sommet ou à la partie postérieure de la tête, suivant qu'on emprunte la peau du bras ou de l'avant-bras. L'emploi de cet appareil est la

principale amélioration que ces deux praticiens aient apportée dans l'application de l'opération dite Tagliacozzienne.

Graëff, après avoir employé une année entière pour sa première tentative rhinoplastique, a fini par adopter, ainsi que M. Delpech, un procédé beaucoup plus expéditif et plus rationnel que celui de Tagliacozzi. Mais quant à l'exécution, il n'en est pas moins vrai que, relativement à leur mode opératoire, ils sont restés tributaires du *nasifex* italien.

Afin de donner au lecteur, une idée de la longue et pénible tentative à laquelle s'est livré le chirurgien de Berlin, lors de son premier racoutrement, je ne saurais mieux faire que d'en rapporter un extrait analytique d'après M. le baron Percy :

« Ce fut sur un soldat prussien, nommé Michel Schubring, lequel avait eu le nez coupé par un des nôtres, sous les murs de Paris, en 1814, que le docteur Graëff entreprit d'en faire un nouveau. Il commença, le 8 mars 1816, par inciser et disséquer une longue portion de la peau du bras, ce qui causa des douleurs et une inflammation très-vives qui se calmèrent à mesure que la suppuration s'établit dans la partie. La peau, sans avoir changé de couleur, se rétrécit d'un tiers, en s'épaississant dans la même proportion, et ses bords tendaient à se cicatriser ; il détacha l'extrémité supérieure du lambeau qui, devenu d'abord pâle et froid, se ranima peu à peu et fut mis en contact avec l'endroit où avait été le nez. Le bras fut alors élevé et

lié à la tête; mais cette position, moins longue dans l'opération dite de Tagliacozzi, qu'on ne l'avait dit faute d'avoir bien compris cet auteur, fut encore abrégée par Graëff, qui, au bout de quatorze jours, découpa la pièce de peau et la sépara entièrement du bras, auquel la liberté fut aussitôt rendue. Il fallut recourir à quelques points de suture, rafraîchir avec le bistouri quelques parties déjà cicatrisées ou devenues calleuses, en exciter d'autres par le moyen du feu; enfin tout alla assez bien, et l'on put former des narines et entretenir leurs ouvertures, d'abord avec des bourdonnets, et ensuite avec des petits cylindres de plomb. Ce ne fut qu'au bout d'une année que le pauvre Schubring sortit de cette longue épreuve avec une apparence de nez qui lui causa tant de joie, et aux autres tant de surprise, qu'il prit le parti de se montrer au public pour de l'argent, avec la gracieuse permission de ses supérieurs. »

Quoique cette observation ne soit qu'un abrégé de celle consignée dans l'ouvrage de M. Percy, qui l'a extraite d'un long article de M. Huffeland qui, à son tour, n'avait inséré dans son *Journal de Médecine*, qu'une analyse succincte de la longue narration rapportée dans la *Rhinoplastick* du docteur Graëff, on a besoin encore de reprendre haleine après le récit que nous venons d'en faire.

Cette lecture ferait presque croire à l'enfance de l'art chirurgical, et surtout à un défaut d'habileté de la part de l'opérateur, si sa réputation bien établie et ses nombreux services rendus à la science,

ne le mettaient parfaitement à l'abri à cet égard.

Aussi Graëff s'est-il empressé de reconnaître tous les inconvéniens de ce procédé opératoire, dont le résultat avait été si chèrement acheté. Il lui en a substitué un autre qu'il a nommé *Méthode allemande*, et qui porte maintenant celui de l'opérateur. Elle n'a pas dû lui coûter de grands efforts d'imagination, puisqu'elle n'indique rien de nouveau; mais nous devons lui savoir gré d'avoir réduit l'opération Tagliacozzienne à des principes fixes et rationnels, à l'aide desquels il est parvenu à obtenir un prompt et brillant succès qui, fort heureusement, compense pour l'humanité, le long et douloureux supplice qu'il a fait subir au malheureux *Schubring*.

Le lecteur verra avec plaisir, dans l'observation suivante, qui renferme tous les détails opératoires du procédé de Graëff, que ce chirurgien a été incomparablement plus expéditif et plus heureux dans cette occasion que dans la précédente.

Pour simplifier son opération et la rendre plus facile à exécuter, il a eu soin de la diviser en sept temps bien distincts.

« Auguste-Wilhemine Braun, âgée de vingt-quatre ans, née et demeurant à Berlin, était affectée, depuis sept ans, d'un ulcère phagédénique qui avait rongé les ailes, la cloison et tout le tiers inférieur du nez, où l'on ne voyait plus que deux petites fentes qui correspondaient aux ouvertures des fosses nasales. L'opération fut entreprise et

exécutée le 11 septembre 1817, suivant les derniers principes auxquels M. le docteur Graëff avait enfin réduit celle de Tagliacozzi : 1° On commença d'abord par former, avec du papier, un modèle de nez assorti à l'air de la figure. 2° On appliqua cette espèce de patron sur la face interne du bras, pour en tracer le tour, avec de l'encre, comme le font les Indiens, et comme Tagliacozzi l'a indiqué. 3° On incisa sur cette ligne, pour former le lambeau triangulaire qu'on disséqua en le détachant par la pointe qui était du côté de l'épaule, et en ayant soin de lui laisser le plus possible du tissu cellulaire sous-cutané. 4° On continua la dissection jusqu'à la base, qui resta en communication avec les tégumens du bras. 5° Celui-ci fut levé et fixé à la tête, de manière à ce que la pièce de peau pût s'ajuster au tronçon de nez restant, préalablement excorié partout où devaient porter les bords saignans du lambeau tégumentaire. 6° On le retint en place avec des aiguilles et des sutures entortillées; et, quand son agglutination fut assez avancée, on coupa la base restée adhérente au bras, ce qui mit fin à l'attitude très-gênante de ce membre. 7° Enfin on acheva de couvrir partout le vide qu'avait laissé le nez perdu, et l'on eut soin de ménager deux ouvertures convenablement disposées pour simuler les deux narines.

Le quatrième jour de l'opération pratiquée sur la nommée Wilhemine Braun, la réunion parut si bien faite qu'on se décida à couper et à enlever

les fils des sutures. Ce fut le sixième jour qu'on détacha du bras le lambeau cutané, et que le membre, débarrassé de ses liens, put reprendre ses mouvemens et ses usages ordinaires; le vingt-sixième, on commença à donner au nouveau nez la forme qu'il devait avoir; les ouvertures nasales, qu'on avait pratiquées dès les premiers jours de l'opération, furent alors agrandies, façonnées et maintenues ouvertes par l'introduction de deux petits tubes de zinc. On réprima, avec le nitrate d'argent, des bourgeons charnus qui gênaient en quelques points la cicatrisation des bords de la plaie; enfin, le 26 octobre de la même année, la cure fut si heureusement terminée, qu'à peine le nez refait différait-il de celui qu'il avait remplacé, et dont il remplissait les fonctions. »

C'est du moins ce qu'a publié l'auteur (voyez la *Rhinoplastick*, ou l'art de remplacer d'une manière organique la perte du nez, éclaircie d'après l'expérience et perfectionnée par de nouveaux procédés; ouvrage publié par M. le docteur Graëff, in-4° avec six planches. Berlin, 1818.)

Son compatriote, M. Hecker, a traduit cet ouvrage de l'allemand en latin.

M. Delpech, à qui j'ai vu pratiquer, en 1819, une opération à peu près semblable, n'obtint point à cette époque un résultat aussi complet. Il fut plus heureux que ne l'a été Graëff dans sa première tentative; mais son raccoutrement fut loin d'égaler

celui qu'a obtenu le chirurgien de Berlin sur la nommée Auguste-Wilhemine Braun.

Du reste, le professeur de Montpellier, qui a pratiqué douze fois la rhinoplastie, tant par la méthode tagliacozzienne que par celle des Indiens, dont nous parlerons dans un des chapitres suivans, insiste pour qu'on ne néglige pas la suture entortillée, en faveur de laquelle il s'est décidé.

Nous verrons plus tard, lors de la description de la méthode des *koomas*, que j'ai pratiquée aussi avec succès, que M. Delpech, considérant et traitant la rhinoplastie sous un point de vue plus étendu que le chirurgien de Berlin, a très-bien détaillé et combiné tous les temps de cette opération.

Ainsi donc, aux raisons que nous avons précédemment alléguées, pour démontrer que la méthode italienne aura été importée des Indes en Europe par le commerce sicilien, il nous sera facile d'adjoindre encore une autre preuve bien convaincante : *c'est l'identité du principe de ces deux opérations*. En effet, dans chacune des deux méthodes, on dissèque un lambeau de peau qu'on laisse adhérent par l'une de ses deux extrémités, et dont on applique l'autre sur la région du nez ; si à Bologne, à Naples, dans la Calabre et en Sicile, on préféra emprunter la peau au bras plutôt qu'au front, c'est qu'à cette époque de barbarie, toute cicatrice profonde avait un caractère suspect (1),

(1) Il faut convenir que les goûts ont bien changé, car ce qu'un offi-

à cause de l'usage où l'on était d'y imprimer, au moyen du fer rouge, une marque flétrissante en punition de *certains crimes honteux et déshonorans.*

Méthodes indiennes.

Ire. Originaire des Indes, la rhinoplastie, comme nous l'avons déjà dit, fut pratiquée, dès la plus haute antiquité, par les *Brackmanes* (1), ensuite par les *Bramines* (2), qui, plus tard, transmirent le secret de leur méthode à une caste privilégiée d'Indous qu'on nomme *Koomas*, descendans directs des prêtres de *Brama*. Le caractère religieux de ceux qui pratiquaient cette singulière opération, a été probablement la cause du long mystère dont elle a été enveloppée durant un si grand nombre de siècles. Une circonstance fortuite a pu seule en donner connaissance aux chirurgiens de l'Europe.

L'*Hircarrha* (gazette de Madras, année 1793) rapporte qu'un paria (3), nommé Cowasjée, bou-

cier de nos jours ambitionne le plus, c'est *une blessure de bon goût*, ce qui veut dire une jolie cicatrice au front, qui contribue à sa réputation de brave, sans endommager les grâces de sa figure.

(1) Nom des anciens philosophes indiens, premiers prêtres de *Brahama*.

(2) Nom des prêtres modernes de *Brahama*, qu'on nomme aujourd'hui *Brama*.

(3) Dernière caste dans l'Inde.

vier à la suite de l'armée anglaise, étant tombé au pouvoir de Typoo-Saeb, ce dernier, pour le punir d'avoir servi les ennemis de sa patrie, lui fit couper le nez et la main droite. Ce traître fut ensuite renvoyé à Séringapatam, afin qu'il pût montrer aux Indous ses complices, le châtiment que méritait leur infâme trahison. Les chirurgiens anglais prirent un très-grand soin de Cowasjée, qui, guéri de ses blessures, se rendit peu de temps après à Kumar pour s'y faire raccoûtrer le nez par un habile *nasifex* en grande renommée dans le pays. L'opération réussit complétement et le paria, de retour à l'armée anglaise, fut un sujet d'étonnement pour les gens de l'art et pour tous les Européens de Séringapatam.

Peu de temps après, Thomas Cruso et James Studlay, médecins à Bombay, furent témoins de deux opérations semblables pratiquées avec succès sur des Indiens déserteurs, qui avaient été faits prisonniers. Ils rapportent qu'on détacha du front un lambeau triangulaire de peau, qui ne resta adhérent *que par une languette placée entre les deux sourcils*, afin qu'il ne fut point privé de sa nutrition; on le rabattit de manière à ce que la surface saignante correspondît à l'emplacement que doit occuper le nez; on incisa la cicatrice pour raviver les bords des ouvertures nasales, et le lambeau des tégumens du front y fut convenablement fixé par des bandelettes et un bandage approprié. Du-

rant les premiers jours, les narines furent maintenues ouvertes à l'aide de bourdonnets de charpie, et plus tard au moyen de deux tuyaux de plume, qui se trouvaient séparés par un petit prolongement charnu, attenant à la base du lambeau, au moyen duquel on avait formé une espèce de sous-cloison nasale. L'agglutination ne tarda pas à s'opérer, et devint bientôt assez solide pour fournir à elle seule à la nutrition du tissu greffé. On incisa alors le pédoncule, qui était resté adhérent, et l'on régularisa le mieux possible ce nez de nouvelle formation.

Dans cette méthode des Indiens, les Koomas simulent d'abord un nez avec de la cire, tracent ce modèle sur le front à l'aide d'une matière colorante rouge, et, après avoir détaché le lambeau de chair, ils le fixent sur l'emplacement qu'il doit occuper, au moyen d'un mastic composé de terre japonaise et autres ingrédiens. Ils n'emploient que très-rarement les moyens de suture.

Barri, praticien anglais, avait vu pratiquer plusieurs fois cette opération par le chirurgien d'Hyder-Aly; mais c'est Lucas, son confrère et compatriote, qui, exerçant comme lui dans les Indes, y fit le premier essai de cette méthode rhinoplastique : sa tentative réussit complétement. La nouvelle d'un succès aussi complet enhardit bientôt les chirurgiens de Londres, qui, plus instruits que

les *Koomas*, et secondés par de meilleurs instrumens, se flattèrent d'obtenir pour le moins d'aussi heureux résultats : ce en quoi ils se trompèrent. Mais, pour ne point anticiper sur l'*Histoire moderne de la Rhinoplastie en Europe*, nous allons continuer l'examen analytique des autres méthodes que l'on a proposées et mises en usage à une époque antérieure.

IIme. L'agglutination du nez est-elle possible, lorsque cet organe a été complétement séparé du corps?

Cette question qui, au premier abord, semble si facile à résoudre, est depuis long-temps le sujet d'une controverse très-animée. Les faits sont nombreux de part et d'autre, les expériences paraissent bien constatées, et cependant l'objet est toujours en litige, soit parce que les uns ne veulent point modifier leur opinion, qu'il croient suffisamment fondée, soit parce que les autres se plaisent dans leur prévention, en dépit de toutes les observations qu'on peut leur présenter. C'est bien le cas de rappeler ici l'axiôme de Phèdre : *Periculum est credere et non credere.* Il ne convient pas sans doute d'accueillir trop légèrement toutes les histoires merveilleuses qu'un grand nombre d'écrivains très-recommandables ont publiées sur la revification des parties entièrement détachées du tissu vivant; mais il ne faut pas non plus, par un

scepticisme outré, repousser tous les faits de cette nature, par la seule raison qu'ils paraissent contraires aux principes d'une saine physiologie; autant vaudrait s'écrier comme le psalmiste : *Omnis homo mendax.*

J'ai commencé, comme tant d'autres, par nier la possibilité d'une pareille réhabilitation; mais des faits nombreux, et qui me *semblent* porter l'empreinte de la vérité, ont tellement ébranlé ma première conviction que, soit par amour-propre ou crainte de me tromper, j'ai préféré me réfugier dans un doute philosophique qui, comme le dit Bacon, est l'école de la vérité : *In dubio tutior pars est eligenda.* C'est une profession de foi que je me hâte de faire, afin que, dans le cours de ce chapitre, le lecteur soit moins disposé à me taxer de trop de partialité : libre à lui, après un mûr examen de la question, de se décider pour l'une ou l'autre opinion, suivant que le principe lui en paraîtra le mieux démontré.

Une des observations relatives à cet objet, et qui a eu le plus de publicité, quoique fort contestée, est sans contredit celle rapportée par Garengeot (1). Comme on s'est plu à la dénaturer et à

(1) Traité des opérations de chirurgie, par Garengeot.

y ajouter des circonstances propres à la rendre ridicule, nous tâcherons de la rapporter avec exactitude, tout en la dépouillant d'une superfluité de détails bien inutiles, et qui, d'ailleurs, ne changent rien au fond de la question.

Le 26 septembre 1724, deux soldats du régiment de Conti, compagnie de Malide, sortis ivres du cabaret, se prirent de dispute, et se battirent *corps à corps* dans la rue (1); mais l'un d'eux saisissant avec les dents toute la partie cartilagineuse du nez de son adversaire, la lui arracha tout net et la cracha dans la boue. Un chirurgien du voisinage, nommé Galain, ayant lavé ce nez dans du vin chaud, le rappliqua aussitôt et le maintint en place à l'aide d'emplâtres agglutinatifs et d'un bandage en fronde. Dès le lendemain, l'agglutination commença à s'opérer, et Garangeot, qui pansa le malade quatre jours après son accident, rapporte avoir vu *ce bout de nez* parfaitement réuni et cicatrisé. Tel est le fait raconté par Garengeot, qui professait avec éclat, à Paris, l'anatomie et la chirurgie.

A cette époque, *Sylva*, *Lapeyronie*, *Malaval*, *Roux*, *Sauré* et *Quesnay*, en donnant leur approbation écrite à l'ouvrage de cet auteur, purent bien montrer quelque étonnement, mais ils ne

(1) Ce fut dans la rue des Deux-Écus, au coin de laquelle se trouvait situé ledit cabaret, qui existe encore; il portait alors le nom de l'*Epée-Royale*.

firent point paraître d'incrédulité. Personne enfin ne songeait alors à contester un fait aussi étrange ; il s'était passé en présence d'un trop grand nombre de témoins, et paraissait revêtu de preuves trop incontestables, pour qu'on pût se permettre d'en douter.

Ce ne fut que long-temps après qu'un certain Montaulieu, malignement caché sous le nom de Philippe d'Alcrippe, commença à se moquer de Garengeot et à nier la véracité de son observation. Le signal de l'attaque donné, les journaux français et étrangers se déchaînèrent contre l'auteur ; les insultes et les pamphlets lui furent prodigués de toute part, et Heister fut celui de ses confrères qui le traita le plus cruellement. Garengeot fit face à toutes ces attaques, et répondit toujours avec le même esprit de conviction aux tracasseries littéraires dont il devint l'objet. En effet, que pouvaient produire sur sa conviction tous les soupçons de réalité manifestés par Heister, Lafaye, Morand, Winslow, Petit, et tous leurs contemporains, lorsque lui, Garengeot, pouvait leur produire vingt témoins pour attester le fait, et le chirurgien Galain, ainsi que ses trois élèves, qui avaient appliqué le premier appareil ? Mais si, d'une part, les incrédules furent nombreux, d'autre part, on compte au nombre de ses zélés défenseurs, M. le baron Percy, ce véritable fondateur de la

chirurgie militaire, qui, au talent d'écrire avec grâce et originalité, joignait une érudition profonde et une grande justesse de pensée. Il avait partagé d'abord la prévention commune contre l'histoire de Garengeot; mais, après avoir recueilli une foule de faits qui lui ont paru concluans en faveur de ce raccoûtrement de nez, il a cru devoir se rendre à l'évidence et n'a pas balancé de publier « que le jour était enfin arrivé de faire amende honorable à la mémoire de Garengeot, si long-temps souillée par d'injustes récriminations qui abreuvèrent d'amertume les dernières années de sa vie. » Il rapporte, à l'appui de son opinion, le fait suivant dont il garantit l'authenticité, de manière à ne laisser aucun doute à cet égard.

Loubet, ancien chirurgien-major, auteur d'un Traité sur les plaies d'armes à feu, ayant vu, à Rocroy, un cas de même nature; mais sachant à combien de méchantes tracasseries avait été en butte Garengeot à propos de la sienne, se contenta d'en faire confidence à quelques-uns de ses intimes amis. M. Percy déclare avoir vu entre les mains de M. Leriche, chirurgien en chef de l'Hôpital Militaire de Strasbourg, une lettre, en date du 22 juillet 1758, dans laquelle *le bon Loubet, homme pieux, mais d'un caractère très-timide, racontait, sous le secret, à son ancien camarade d'armée, la cure singulière et inespérée qu'il avait opérée quelques mois auparavant.* « Le nez, disait-

il, avait été relevé, lavé, rappliqué, et son agglutination avait été obtenue en quinze jours. »

Un fait très-remarquable aussi est celui rapporté par Léonard Fioraventi (1), que ses contemporains ont admiré, non-seulement pour ses connaissances très-étendues en médecine, mais surtout pour sa dextérité à pratiquer les opérations chirurgicales. Se trouvant sur les lieux au moment où le Segnor Andréas Guitéro reçut, de la part d'un soldat, un coup de sabre qui lui abattit le nez; il le ramassa, le nétoya dans de l'eau tiède, le remit en place, et l'assujettit d'une manière si heureuse, que l'adhérence fut complète au bout de quelques jours. « Allez, disait-il aux incrédules, allez visiter le segnor Andréas, qui demeure à Naples, où chacun connaît son histoire; examinez bien son nez et sa cicatrice, écoutez toutes les déclarations qu'on vous fera, et vous verrez alors s'il est possible encore de douter d'un fait, dont la vérité est si bien démontrée. »

Ruddiman, célèbre voyageur, rapporte qu'on est tellement persuadé dans l'Inde, que le nez coupé peut être rajusté, qu'après son ablation, qui a toujours lieu sur la place publique, la loi ordonne à l'exécuteur de le jeter dans un brasier ardent, afin que les raccoûtreurs du pays ne puissent le rappliquer au coupable. Mais en Italie, où,

(1) Voyez son compendium *Dei secreti naturali.*

comme nous l'avons dit précédemment, l'on coupait jadis beaucoup de nez, la loi moins sévère ne faisant mention que de la mutilation pure et simple, il paraît qu'on le recueillait avec beaucoup de soin, pour le rajuster aussitôt sur le *facies* du pauvre patient. C'est du moins ce que Henri Moinichen (1) assure avoir entendu dire à des témoins oculaires. — Antoine Molinetti, professeur d'anatomie et de chirurgie à l'Université de Padoue, assure que son père, chirurgien distingué à Venise, avait, en 1626, rendu cet important service à un Italien de bonne maison, qui avait été condamné à ce genre de mutilation. Il assista à cette exécution légale, et prit toutes les précautions nécessaires pour que le bout du nez n'eût pas le temps de se refroidir.

L'on trouve inséré dans le *Journal des Savans*, juillet 1668, l'histoire circonstanciée d'une rhinoplastie de ce genre, que Michel Leyséri pratiqua sur un gentilhomme, qui, pour ses méfaits, avait été condamné à perdre son nez (2).

Un autre fait non moins étrange a été inséré dans la *Gazette de santé*, numéro du 2 juin 1774. On peut en juger par l'extrait suivant, d'une lettre écrite de Niort en Poitou, par M. Régnault,

(1) *Observationes medico-chirurgicæ.* C'est un recueil intéressant de cas rares que Moinichen avait rassemblés pendant son séjour en Italie.

(2) On peut lire tous les détails de cette observation dans le *Giornale del signor abbate Nazari* (anno 1667).

maître en chirurgie, datée du 20 mai 1774, et que publie cet estimable journal.

« Le 15 du mois de mars dernier, je fus appelé sur le midi pour aller à la prison voir le nommé Loudun, boucher de cette ville, qui y était détenu. Un contrebandier, également prisonnier, se prit de querelle avec lui. Le contrebandier le mordit au nez, qu'il emporta en entier, jusqu'à le détacher des os du nez et des os maxillaires. Lorsque j'arrivai à la prison, cet homme avait un mouchoir à la main devant son nez, et mettant l'autre main à la poche, il tira un papier et me le remit. Voyez, me dit-il, ce qu'il y a dedans. Je développai le papier et fus fort surpris d'y voir tout un nez froid et noir. Je mis cette partie dans de l'esprit de vin camphré, et j'en lavai bien la plaie; j'appliquai ensuite cet organe le mieux qu'il me fut possible, et fixai le tout en place par un bandage contentif : trois fois par jour j'arrosais le nez par-dessus, avec le même esprit de vin. Au bout de huit jours, ayant levé l'appareil, je vis que cette partie se reprenait. Mais comme il y avait de grandes déchirures, il survint une suppuration, qui dura un mois. Au bout de cinq semaines, il a été parfaitement guéri, sans aucun autre accident; son nez était entièrement repris, et il ne restait de chaque côté, dans la partie inférieure, que deux petites cicatrices enfoncées. Cette observation prouve qu'on doit souvent tenter la réunion des parties, avant de se déterminer à les perdre,

soit en les abandonnant dans l'état de dernière séparation où on les trouve, soit en achevant de les séparer. Ainsi l'on a eu tort de révoquer en doute les faits rappelés par Gaspar Tagliacozzi et Garangeot. Si mon observation exigeait des garans, j'en fournirais, etc. »

Comme nous venons de le voir, cette ablation complète du nez est arrivée au nommé Loudun, dans un établissement public et en présence d'un grand nombre de témoins. La rapplication de cet organe a été faite, et son agglutination obtenue, au vu et su de tout le monde, puisque la ville entière aurait pu, au besoin, nier ou attester cette publication, qui dut à cette époque produire une vive impression dans le monde médical. Enfin, l'insertion de ce fait extraordinaire, dans la *Gazette de santé*, qui l'a publié peu de jours après l'entière guérison, lui donne un caractère *quasi-officiel*. D'ailleurs, je ne sache point qu'à cette époque, personne se soit inscrit en faux contre le chirurgien Régnault; les preuves étaient là, pouvait les consulter qui voulait.

M. Percy, dont personne n'oserait suspecter la bonne foi, n'a pas balancé à publier la singulière histoire qu'un docteur de la Faculté de Médecine d'Heidlberg lui a racontée, en 1816, et affirmée avec serment et sur son honneur, en présence de trois docteurs de Paris.

» En 1815, un étudiant de son pays s'étant battu en duel à Heidelberg, son adversaire lui

abattit d'un coup de revers, le *bout du nez*, qui tomba à terre sans qu'on l'y aperçût ; un des témoins, élève en chirurgie, appliqua à la hâte un petit appareil. Le frère du blessé étant accouru, enleva cet appareil, et ayant remarqué que *le bout du nez* manquait, il le chercha, le trouva, le fit remettre et assujétir soigneusement à sa place, où il reprit facilement sur ses bords, mais sans pouvoir être cicatrisé dans son milieu avant le vingt-sixième jour de sa réhabilitation : toutes choses parfaitement connues dans le pays, et que personne n'y oserait révoquer en doute, tant elles y ont eu de témoins, presque tous encore vivans. »

Quoique la plupart des cas que nous venons de relater soient de nature à ne pouvoir être récusés par la seule arme du raisonnement, nous pourrons cependant les corroborer encore par une nouvelle et dernière observation, qui, par le haut degré d'intérêt qu'elle présente, et les garanties dont elle est accompagnée, ne semble point susceptible d'inspirer le moindre doute sur sa véracité.

Ce n'est plus d'un nez coupé qu'il s'agit, mais d'une moitié d'oreille *entièrement séparée*, et dont on a obtenu la complète agglutination au bout de quelques jours.

On lit dans le tome 6, par 394 du *Journal de Médecine* et de *chirurgie militaire*, rédigé par M. Fournier, la transcription détaillée de l'ob-

servation suivante, rapportée par M. le docteur Magnin, aide-major aux chasseurs de la Meuse.

Lahalle (Auguste), chasseur au troisième escadron du régiment de la Meuse (13me) en garnison à Charleville, reçut, le 2 septembre 1819, un coup de sabre sur le côté droit de la tête, qui pénétra jusqu'aux os du crâne, lui abattit la partie supérieure de l'oreille, *au niveau du conduit auditif externe*. Lahalle, conduit chez le chirurgien Magnin, portait dans son mouchoir la portion d'oreille séparée. La plaie du cuir chevelu pansée, *restait l'oreille détachée*; le blessé et ses camarades étaient d'avis de la jeter, ne croyant point qu'elle pût reprendre. Mais M. Magnin ayant présent à l'esprit l'observation de Garangeot et celle du docteur Balfour (1), « Je rappliquai, di*t*-il, cette partie de l'o-
» reille détachée, la maintins à sa place le mieux pos-
» sible, à l'aide de deux morceaux d'emplâtres
» agglutinatifs, l'un du côté interne, l'autre du
» côté externe, le tout soutenu par de la charpie
» molette, et un bandage légèrement contentif.
» Le dixième jour, le morceau interne du spa-
» radrap fut enlevé, et, à mon grand étonnement,

(1) Le docteur Wiliams Balfou a publié dans la *Bibliothèque Britannique*, n° 1, page 8, un fait tout aussi étrange : « Il rappliqua en présence du docteur Reid, les parties *entièrement séparées* par un coup de hache et en obtint la parfaite consolidation. » On peut consulter pour plus de détails l'ouvrage qu'il a fait imprimer en 1814 et qui a pour titre : *Observations on adhesion, with two cases, demonstrative of nature to reunite parts, wich have ben by accident totally separate from the animal system.*

» je trouvai l'oreille recollée, et parfaitement re-
» prise sans suppuration. Pour plus grande sûreté,
» l'emplâtre extérieur fut laissé jusqu'au quin-
» zième jour. Alors la place du crâne se trouvant
» aussi guérie, tout l'appareil fut enlevé. L'oreille
» est solide, bien cicatrisée, de couleur et sen-
» sibilité naturelles; sa cicatrice, linéaire et en-
» tièrement circulaire, démontrait aux plus
» sceptiques, l'évidence d'un fait dont je pourrais
» donner pour témoin tout mon régiment. »

Légalisation de l'observation ci-dessus :

Nous soussignés, membres du conseil d'administration du régiment des chasseurs de la Meuse, certifions que le nommé Lahalle (Auguste), chasseur au troisième escadron du dit régiment, a eu, dans un combat singulier, le 2 septembre 1819, une partie de l'oreille droite totalement coupée; et que cette partie, rappliquée par M. le docteur Magnin, chirurgien aide-major à notre corps (le chirurgien-major était absent pour cause de maladie) s'est parfaitement réunie, et que le dit Lahalle existe à notre corps, bien guéri.

Fait à Charleville, le 20 novembre 1819.

Ch. Lepage, Noudet,
V. Callet, Ubry.

Le conseil supérieur de santé a cru ne devoir publier ce fait, que revêtu de l'attestation du conseil d'administration du régiment auquel appartient M. Magnin, non que ce médecin ne mérite toute confiance de la part de ses chefs, mais ils ont voulu, par cette précaution, ajouter, pour le public, un nouveau degré de crédibilité à son rapport.

Ainsi donc, que le bout du nez ou bien une partie de l'oreille, entièrement séparés du corps, soient susceptibles de recollement, et que ces parties rappliquées puissent revivre et redevenir parties intégrantes et animées du système organique, c'est ce dont nous ne doutons plus autant qu'autrefois, quoique cela nous paraisse encore très-difficile à comprendre. Pour ce qui concerne le greffement des oreilles, MM. Percy et Richerand l'avaient déjà expérimenté et réuni chez le mouton, le lapin, et autres animaux. Mais ils n'ont jamais pu réussir à faire reprendre le bout du nez à des chiens. Toutefois il convient d'observer que, quoi qu'ils eussent attaché les pattes de l'animal, ils n'avaient pu l'empêcher de lécher quelquefois la plaie, ce qui devait avoir ébranlé l'extrémité nasale, et nui à son agglutination. Cependant on a nié trop long-temps, ajoute M. Percy, et en cela, on a beaucoup nui aux progrès de l'art; car l'homme ne tente guère ce qu'on lui fait considérer comme impossible. Il faut expérimenter: cette conduite est beaucoup plus philosophique,

pour arriver enfin à la solution de ce problème.

Nous n'en finirions plus si, pour terminer ce chapitre, déjà trop long, nous allions compulser les ouvrages de Fallopio et de Glandorp, *de Decoratione;* celui que Joseph Baronio a publié, en 1804, sous le titre *Degli innesti animali* (des entes animales); celui de Wiesman, *De coalitu partium a reliquo corpore prorsùs disjunctarum*, etc. Lypsiæ; 1824, ainsi que les nombreuses observations rapportées par Pouteau, Thomson, Baylai; MM. Lespagnol, Wigorn, Balfour, et plus récemment encore celles publiées en Allemagne par M. Hoffaker, et en France, par MM. Piedagnel, Berard jeune et Barthélemy.

Seulement nous observerons que, puisqu'il paraît évidemment démontré qu'une moitié de l'oreille étant séparée de l'autre, peut, après avoir été rappliquée, s'agglutiner, se nourrir et prendre de l'accroissement, c'est pour le moins une induction très-favorable à la reposition et à la revivification des parties, dont la structure et la substance sont aussi similiaires que celles du fibro-cartilage du *lobule nasal.*

Nous devons donc conclure :

1° Que, toutes les fois qu'un nez aura été entièrement séparé du corps, on ne devra jamais négliger de le remettre en place, de l'y maintenir aussi exactement que possible, en l'entourant de toutes les précautions convenables pour favoriser son agglutination. Dans le cas de non réussite,

cette application serait d'une innocuité complète.

2° L'agglutination du nez sera d'autant plus probable qu'il ne s'agira que de l'extrémité ou du lobule cartilagineux de cet organe, et que son application sera pratiquée immédiatement après la mutilation.

3° Le succès de l'opération sera plus que douteux, lorsque la totalité du nez, (os et cartilages) aura été complétement séparée, que l'action vulnérante aura fortement contondu, ou désorganisé en partie les tissus, et qu'il y aura des esquilles osseuses. Il n'y aurait cependant aucun inconvénient à craindre de la rapplication de cet organe, après qu'on aura eu soin de simplifier autant que possible la nature des deux plaies.

IIIme. *Deficiente naso*, est-il possible de pratiquer la rhinoplastie à l'aide d'un nez d'emprunt, ou bien peut-on y suppléer au moyen de toute autre partie charnue prise sur un autre individu?

Il paraît que la transplantation du nez, ainsi que son raccoûtrement à l'aide d'un lambeau cutané de la fesse, sont des opérations qu'on pratique assez fréquemment dans l'Inde. Il ne doit pas être très-difficile, dans ce pays habité par des castes riches et privilégiées, de se procurer un nez de rechange, ou l'étoffe nécessaire pour en fabriquer un tout neuf. Les malheureux parias, gente éminemment taillable, doivent être faciles à exploiter

pour ce genre d'approvisionnement. D'ailleurs, la grande quantité de malfaiteurs, ainsi que le très-grand nombre des prisonniers de guerre dont on mutile le nez, offrent encore une ressource inépuisable.

C'est à tort qu'on a cru, dans ces derniers temps, que M. le docteur Dutrochet est le premier, en Europe, qui ait eu connaissance de cette méthode Mogolienne : ce que tendait à faire croire la curieuse observation qu'il a publiée dans différens journaux et que nous rapporterons plus bas. Il est vrai que les rhinoplastes indiens avaient si bien gardé le secret de leur procédé, qu'il avait échappé, jusqu'à ce jour, à la recherche de nos voyageurs modernes, et que les Anglais qui habitent ce pays, dont ils possèdent depuis long-temps les plus belles contrées, l'ont complètement ignoré, puisqu'ils n'en ont pas fait mention. Mais comme nous l'avons précédemment indiqué, les Siciliens (1), depuis un temps immémorial, ayant été en relation avec l'Inde, y puisèrent, non-seulement les notions nécessaires qui ont donné naissance à la méthode dite tagliacozzienne ; mais ils durent encore y recueillir des notions sur l'opération Mogolienne. C'est ce dont on pouvait presque se convaincre d'après la lettre qu'Elysius Calentius, gouverneur du fils de

(1) La Sicile, toujours féconde en grands médecins, a été la patrie du célèbre Ingrassias, qui mérita si bien le titre glorieux d'Hippocrate sicilien, que lui décernèrent la reconnaissance publique et l'admiration du monde savant.

Frédéric II, roi de Naples, écrivait à un nommé Orpianus, qui avait perdu le nez : « Venez chez moi, je vous adresserai à Branca, chirurgien Sicilien d'un très-grand mérite, qui vous appliquera un nouveau nez, soit à l'aide de la peau du bras ou bien au moyen de la transplantation du nez d'un esclave. Ce qu'ayant vu, je m'empresse de vous l'apprendre, ne pensant pas qu'aucune chose vous puisse être plus chère (1). »

Dans la collection de Cognatus, il est question aussi d'un passage remarquable de Calentius, d'après lequel il est dit que le nez était quelquefois formé aux dépens de celui d'un esclave. *Referenda est chirurgica operatio, quâ nasus aut abscissus, aut à nativitate curtus, ex brachii carne, aut ex servi naso, reficitur; namque hoc fieri posse, fabulosum non est.* (Gourmelen, chirurgiæ artis ex Hippocratis et veterum decretis, etc.; lib. I, Lutetiæ, 1580.)

Thomas Fienus, natif d'Anvers, et qui se rendit à Bologne en 1590 pour étudier sous Tagliacozzi, fit imprimer, en 1602, son ouvrage *de Præcipuis artis chirurgicæ controversiis*, dans lequel il parle de la formation du nez aux dépens d'un bras

(1) « Orpiane, si tibi nasum restitui vis, ad me veni. Profectò res est apud homines incura. Branca Siculus, ingenio vir egregio, didicit nares inserere, quas vel de brachio reficit, *vel de servis mutatas impingit*. Hoc ubi vidi, decrevi ad te scribere, nihil existimans charius esse posse. Quod si veneris, scito te domum cùm grandi quantùm vis naso rediturum volas. »

étranger. Il prétend aussi que Calentius, Gourmelen et Tagliacozzi même s'accordent tous avec lui, pour nous dire que le nouveau nez peut être pris du bras d'un autre homme; en effet, l'on peut lire dans le dix-huitième chapitre de l'ouvrage de Tagliacozzi, qu'il ne doute point que la peau d'un homme ne pût s'unir à celle d'un autre, mais que la difficulté de l'opération consiste à tenir deux personnes en contact et immobiles, pendant l'espace de temps nécessaire pour unir les parties, etc.

Néanmoins il ajoute quelques lignes plus bas, et contradictoirement à ce qu'il vient d'avancer, « que cette difficulté et *la nature même de l'opération* rendent cette méthode impraticable. » Après une contradiction aussi manifeste, dans deux passages si rapprochés, on serait vraiment tenté de partager l'opinion sévère de M. Percy, qui a considéré Tagliacozzi comme le plus diffus et le plus fatigant des écrivains (1).

Dionis raconte dans son Traité d'opérations chirurgicales, qu'un voleur, dans une attaque de nuit, ayant eu le nez coupé, courut se faire panser chez un chirurgien, qui lui demanda son nez pour le lui remettre en place. Aussitôt les cama-

(1) Pour donner une idée de l'extrême prolixité de cet écrivain, il nous suffira de dire que, dans son volumineux ouvrage sur les raccoûtremens, il n'entre en matière et n'aborde directement son sujet que dans le onzième chapitre. De plus, il a eu la gracieuse attention de faire précéder l'introduction, par *treize* poèmes grecs et latins, que ses amis lui avaient adressés à sa louange.

rades du larron sortirent, coupèrent le nez au premier individu qu'ils rencontrèrent, et le portèrent tout chaud au chirurgien, *lequel le recolla et le recousit très-heureusement.* . . . . . .

On pourrait encore citer à l'appui de ce genre de rhinoplastie, un passage du poème burlesque d'Hudibras, par Bulter (Samnel-Leske), d'où l'on peut inférer que, depuis plusieurs siècles, on connaissait en Italie la possibilité d'emprunter à la fesse ou au bras d'autrui l'étoffe nécessaire pour se faire raccoûtrer un beau nez. Mais par suite d'un préjugé digne de cette époque, on croyait que la partie d'emprunt devait se flétrir durant l'état de maladie de l'individu bénévole, qui avait bien voulu la fournir, et se putréfier si son ancien possesseur venait à mourir. Van-Helmont, qui vivait au seizième siècle, avait surtout accrédité cette singulière opinon, en publiant la plaisante histoire d'un riche seigneur de Bruxelles, dont on avait raccoûtré le nez aux dépens de la fesse d'un misérable porte-faix. A la mort de ce crocheteur, le *noble survivant* perdit son nez additionnel, au moment où il s'y attendait le moins. *Dilapsus nempè insitius nasus, cum bajulus obiisset, de cujus nate fabrefactus fuerat* (1). Cette opi-

(1) Le lecteur serait sans doute révolté d'un pareil degré d'extravagance de la part d'une des célébrités médicales de cette époque, s'il ne tâchait point de se persuader, de même que nous avons désiré en acquérir la conviction, que Van-Helmont, quoiqu'un des plus fervens sectateurs

nion, par trop plaisante, ne put échapper à la raillerie spirituelle de Voltaire, qui, par la parodie qu'il nous a laissée de cette burlesque histoire, s'est chargé de la transmettre à la postérité. Les vers qu'il a publiés à ce sujet, offrent un intérêt trop piquant, pour que nous puissions résister au plaisir de les citer.

Les Esculapes d'Etrurie
Réparaient tous les nez perdus :
Par une nouvelle industrie
Ils vous prenaient adroitement
Un morceau du c.. d'un pauvre homme,
L'appliquaient au nez proprement;
Enfin il arrivait qu'en somme,
Tout juste à la mort du prêteur
Tombait le nez de l'emprunteur,
Et souvent dans la même bière,
Par justice et par bon accord,
On remettait au gré du mort,
Le nez auprès de son derrière.

(*Dictionnaire philosophique.*)

Dans son Dictionnaire de chirurgie pratique, 2e volume, page 266, Samuel Cooper ne balance

de la ridicule école des *sympathiques*, ne pouvait sérieusement croire à tant d'absurdités, quoiqu'il ait essayé de les expliquer à l'aide des propriétés magnétiques de son *Mumia hermetica*, qu'il définit (section III) une sorte d'esprit inhérent et appartenant à chaque partie vivante : *Spiritus insitus et confirmentatus*, etc. Mumia describitur, substancia corporis tenuissima, spiritualis, æthereæ, cuique pro naturâ et specie suâ ingenita, transplantationis medio mirè fœcunda, vel in suo, vel in alieno subjecto.

point à dire : qu'il est prouvé d'une manière convaincante que les parties du corps humain, après avoir été enlevées de leur place normale, *peuvent être unies à une autre quelle qu'elle soit.* Mais il est difficile, ajoute-t-il, d'obtenir cette union, parce que la partie détachée conserve avec peine le principe de vie qui lui est propre, et dont elle a besoin pour se mettre en communication avec les autres parties vivantes.

Telle est aussi l'opinion de Hunter qui a souvent expérimenté qu'un ergot de coq peut être arraché et ensuite implanté dans sa crête, ou bien dans celle d'un autre coq, où il continue à prendre vie et développement, etc. Joseph Baronio, de Milan, dans son ouvrage, *Degli innesti animali*, parle de certains coqs sur la tête desquels, après l'excision de la crête, il avait greffé, soit leur éperon, soit l'aile d'un serin, soit le petit bout de la queue d'un chat, et que des marchands Dalmates avaient achetés de lui, pour aller les faire voir en Allemagne, en Russie, etc., *comme des phénomènes vivans, uniques dans leur genre.*

Il semblerait résulter encore des expériences du même auteur, que la peau des flancs d'un animal, transplantée de droite à gauche, ou appliquée sur les flancs d'un autre animal, après qu'on y a pratiqué une perte de substance de grandeur et de forme convenables, s'y greffe et continue d'y vivre. Quoique la vérité de ces faits ait été confirmée par Monteggia, Macari, Paletta et Anguissola, qui as-

sistèrent quelquefois à ces essais de transplantation, ainsi que par Hunter, en Angleterre, et Duhamel, en France. MM. Huzard et Gohier n'ont pu obtenir de semblables résultats dans les tentatives qu'ils ont faites à l'école vétérinaire de Lyon.

Le docteur anglais Savrey a acquis la preuve de la possibilité de cette greffe mutuelle, chez deux gentilshommes Suédois qui, entraînés par l'enthousiasme de l'amitié, échangèrent chacun un lambeau de la face antérieure de l'avant-bras. On a fait également mention d'une association secrète d'Allemagne, dont les initiés faisaient entre eux de pareils échanges; ce qui devenait pour eux un lien de consanguinité et un gage de fidélité à toute épreuve.

Enfin, d'après M. le docteur Dutrochet, dont les recherches anatomiques et physiologiques sur la structure intime des tissus animaux offrent un très-grand intérêt, voici quelles sont les données les plus positives que nous pouvons rapporter sur la rhinoplastie au moyen d'une peau d'emprunt. C'est de son beau-frère, ancien général en chef des troupes réglées du prince maratte Scindiah dans le Mogol, que M. Dutrochet tient ces renseignemens, de la véracité desquels il ne doute pas plus que s'il les avait lui-même recueillis sur les lieux. Voici comment s'exprime cet honorable général sur ce fait important :

» Parmi les méthodes usitées chez les Indiens, au milieu desquels j'ai si long-temps vécu, pour

refaire un nez (et on en coupe beaucoup et souvent dans ces contrées), la meilleure consiste à greffer, à la place du nez qui n'est plus, un morceau de peau avec son tissu cellulaire, pris à la fesse préférablement à toute autre partie, parce que c'est là qu'il y a le plus de ce tissu, et qu'on peut enlever un morceau avec moins d'inconvénient. L'exemple suivant expliquera la manière de faire des Indiens en pareil cas.

» Un sous-officier de canonniers de l'armée que je commandais avait été pris en haine particulière par un officier supérieur : celui-ci profita d'une faute légère qu'avait commise ce sous-officier, pour lui faire couper le nez. On était alors en campagne et le malheureux mutilé fut obligé de continuer son service sans pouvoir faire restaurer son nez. Ce ne fut qu'un certain temps après, lorsque la plaie commençait déjà à se cicatriser qu'il lui fut possible de faire pratiquer cette opération par des Indiens en possession du procédé. Les opérateurs débutèrent par rafraîchir la plaie du nez ; ils choisirent ensuite un endroit de la fesse qu'ils frappèrent à coups redoublés avec une pantouffle, jusqu'à ce qu'il fût bien tuméfié. Alors ils coupèrent en cet endroit un morceau de peau et de tissu subjacent, de la grandeur et de la forme de ce qui manquait au nez, ils l'appliquèrent sur ce dernier et l'y fixèrent solidement. Ils eurent soin de mettre dans chaque narine un petit cylindre de bois pour en maintenir l'ouverture. Cette espèce de greffe

animale réussit à merveille. J'ai eu long-temps à mon service cet homme, après son opération; il n'était point défiguré et il ne restait d'autre trace de la mutilation qu'une cicatrice visible autour de la greffe. »

Telle est la curieuse observation que M. le docteur Dutrochet a livrée au public, et de la vérité de laquelle il ne doute pas plus, que s'il l'avait recueillie lui-même sur les lieux.

On ne lira pas non plus sans intérêt le passage suivant d'un rapport fait à l'Institut, par M. Geoffroi-Saint-Hilaire (le 11 février 1828), à l'occasion d'une rhinoplastie pratiquée par M. Lisfranc: « Dans l'Inde, où les institutions de la féodalité étaient parvenues aux plus grands excès, où les esclaves étaient considérés comme une matière commerciale abandonnée à tous les caprices d'une jouissance privilégiée, on abattait le nez à *cette chose possédée* et on l'appliquait sur le visage du *noble possesseur*, qui en avait besoin. Dans d'autres circonstances on frappait avec une pantoufle à coups non interrompus, sur les fesses de l'esclave, jusqu'à ce que le tissu cellulaire sous-cutané fût dilacéré, et que la peau fît cloche dans une étendue assez considérable. Ces lambeaux cutanés, entièrement et fraîchement détachés, étaient ajustés et greffés sur le visage des sujets qu'ils étaient destinés à guérir. Effectivement, ajoute le rapporteur, *on a eu en Europe l'occasion de se convaincre de la possibilité de ce fait.* » Telle

est du moins l'opinion qu'a manifestée M. Lisfranc, dans le mémoire qui fait le sujet de ce rapport signé Duméril, Boyer et Geoffroi-Saint-Hilaire.

Ce mémoire a paru très-recommandable à l'Académie, qui l'a jugé digne d'être publié dans le *Recueil des savans étrangers*.

Nous pourrions encore emprunter à l'histoire des fœtus doubles des documens qui démontreraient d'une manière tout aussi évidente la possibilité du greffement entre deux individus. Cette jonction de deux enfans consiste dans la plupart des cas, dans l'adhérence d'une assez grande étendue de leur surface cutanée, et d'autres fois dans la communication qui s'établit aussi entre une portion de leur squelette ou l'union même de quelques-uns de leurs organes principaux (1).

Il ne faut, pour que ce phénomène d'agglutination s'opère dans le sein de la mère, qu'une rupture accidentelle vers les portions adossées des deux placenta, qu'une déchirure vers un des points correspondant, s'il y a surtout rapport immédiat entre les surfaces des mêmes régions, des enveloppes fœtales : alors les affinités moléculaires ne manquent point de s'exercer de part et d'autre,

(1) Un des exemples les plus frappans de ce genre de monstruosité est sans contredit celui de ces deux filles hongroises dont parle Buffon, appelées Hélène et Judith, qui tenaient ensemble par les reins : elles vécurent vingt-un ans. De nos jours, nous avons vu le cas, tout récent encore, de Ritta et Christina, dont tous les journaux de la capitale ont donné la description.

pour établir le greffement entre les deux fœtus. Examinez, le scalpel à la main, l'organisation de ces doubles individus, et vous verrez les veines et les artères s'aboucher avec des vaisseaux de même nature. Il en est de même pour les nerfs et le système osseux, etc. On peut lire le développement de cette ingénieuse théorie, dans le rapport qu'a fait M. Geoffroi-Saint-Hilaire à l'Académie des Sciences, le 5 juillet 1830, à l'occasion d'un enfant double. Mais, crainte de nous éloigner de notre sujet, hâtons-nous de revenir à notre objet principal.

Dans le genre de raccoûtrement nasal dont nous venons de faire mention, la transplantation du tissu de l'individu qui fournit à celui qui reçoit paraît réellement possible, si l'on a la précaution de conserver au nez d'emprunt ou à tout autre partie de la peau qui doit y suppléer, une adhérence normale, qui puisse suffire à sa nutrition, jusqu'à ce que l'agglutination anormale ait eu le temps de s'établir.

Toutefois, il faut observer que, s'il s'agissait de raccoûtrer de la sorte, la totalité du nez chez un individu qui serait privé des parties osseuses, soutiens naturels de cet organe, il vaudrait mieux opérer la rhinoplastie à l'aide d'un lambeau des tégumens de la fesse ou de toute autre partie du corps, plutôt que de tenter la transplantation d'un nez d'emprunt, dont la peau, toujours trop mince, n'offrirait pas une résistance suffisante pour con-

server, d'une manière durable, la forme convexe et saillante du nez. On pourrait m'objecter à cela, que le sacrifice du nez fait, il n'y aurait qu'à détacher la totalité de cet organe, os, chair et cartilages, pour en faciliter la transplantation. Mais il est facile de concevoir que, les os propres du nez ne pouvant être enlevés qu'avec la scie, ou tout autre instrument contondant les bords osseux arrachés et mis à découvert, ne tarderaient point à s'exfolier, ce qui rendrait très-difficile et pourrait même empêcher ce genre de greffe animale. On a cependant fait dans ces derniers temps, en Allemagne, des expériences qui ne tendaient à rien moins, qu'à prouver la possibilité de l'agglutination des fragmens d'os, lors même qu'ils ont été entièrement détachés.

Il résulterait même d'après ces expériences et l'application que M. Maunoir propose, d'en faire, dans le cas d'opération du trépan, qu'on pourrait, à l'aide d'une pièce d'os, transportée toute fraîche du crâne d'un animal vivant, à un autre qui vient d'être trépané, l'y faire adhérer et participer à la nutrition. Ce serait une espèce d'opercule ou d'obturateur qui, d'abord, défendrait le cerveau contre la redoutable impression de l'air, et dans la suite, le protégerait contre les accidens dont une cicatrice ordinaire ne le préserve pas toujours. (Questions de chirurgie, pag. 112, par J.-P. Maunoir de Genève.) «Mais il faudrait, observe M. Percy, pour obtenir un disque qui joignît

exactement à la marge circulaire de l'ouverture faite au crâne humain par le trépan, il faudrait se servir sur celui de l'animal, d'une couronne de trépan plus large que celle qu'on aurait employée pour la première opération, et ceci n'a pas besoin d'être expliqué. »

Dans les Indes, dans ce pays du despotisme, où les castes privilégiées ne se gênent en aucune façon, pour faire abattre le nez ou extirper une fesse aux parias, tout aussi bien qu'à leurs prisonniers de guerre, ce procédé de transplantation nasale, pratiqué dans des circonstances convenables et avec les conditions que nous venons d'indiquer, peut réussir aussi fréquemment que tout autre : mais hâtons-nous de le dire, peu de gens, chez nous, consentiraient à se faire déchiqueter le derrière, et encore moins à vendre leur nez au riche qui voudrait s'en servir pour faire raccoûtrer le sien. Quant à l'inclémence de notre climat et à la gêne qui résulterait de l'union obligée de deux individus, jusqu'au moment où l'on pourrait couper la base du lambeau d'emprunt, ce ne seraient point des obstacles insurmontables, et suffisans pour empêcher d'adopter cette méthode.

En outre, comme chaque pays à son esprit, sa moralité et ses mœurs, nous devons convenir, quoique nous décapitions légalement nos semblables, que nous leur enfoncions *plus ou moins profondément* une douzaine de balles dans la tête, et autant dans la poitrine, que nous leur marquions

les épaules avec un fer rouge, que nous leur coupions le poignet droit d'un coup de hache, nous devons néanmoins convenir que, *chez nous*, l'humanité réprouve et nos lois défendent ce délit de cruauté, et un semblable abus dont ou ne répugnerait point d'user dans mainte circonstance.

N. B. Si nous n'avions eu crainte de prêter au ridicule, nous eussions indiqué la position la plus favorable et la moins incommode à donner aux deux patiens qui s'aboucheraient face à face, ou autrement durant l'espace d'une douzaine de jours, temps nécessaire pour l'agglutination des parties (1). Nous aurions parlé de certains lits, dont les matelas et coussins, en étoffes imperméables, remplis d'air, auraient, par leur élasticité et la fraîcheur de leur tissu, diminué l'incommodité de cette longue immobilité, et prévenu les meurtrissures douloureuses des parties qui auraient supporté le poids du corps, durant ce laps de temps; enfin nous aurions donné la description d'un appareil simple et très-sûr, pour obtenir l'immobilité parfaite chez les deux bénévoles patiens. Mais, de même que ce n'est qu'après trois cents ans d'in-

(1) C'est-à-dire pendant la première période de l'opération, lorsque le lambeau de peau est encore adhérent par une de ses extrémités, afin qu'il continue à recevoir sa nutrition, jusqu'à ce que son greffement ait pu s'effectuer.

crédulité qu'on n'a plus traité Tagliacozzi de visionnaire, et que sa méthode n'offre plus rien de fabuleux.... nous devons supposer aussi, que le siècle actuel ne sera pas mieux disposé à accueillir cette nouvelle théorie.

Histoire moderne de la rhinoplastie.

C'est de l'Indoustan, avons-nous dit, que l'art de la rhinoplastie fut primitivement importé en Europe; mais malgré les succès de Tagliacozzi et des autres rhinoplastes italiens, cette ingénieuse opération, d'abord prônée avec trop d'emphase, ne fut regardée plus tard que comme l'œuvre chimérique d'un cerveau malade, et finit par être ridiculisée et oubliée (1).

(1) En effet, comme l'observe judicieusement M. Delpech, « que de temps il s'est écoulé avant qu'on ait réussi à se persuader que les conseils, les préceptes, les succès de Tagliacozzi n'avaient rien de fabuleux! Il n'a pas fallu moins de deux siècles et demi, pour que des procédés de restauration, étonnans pour le temps où ils ont été conçus, vraisemblablement venus d'abord de l'Orient, soient sortis une seconde fois de leur première origine, où ils avaient été comme refoulés, pour être enfin goûtés et répandus dans les parties les plus civilisées de l'Europe, par des hommes instruits et dépouillés de préventions. C'est de l'Inde, ajoute le professeur de Montpellier, d'où les Anglais l'ont rapporté, que nous est venu le procédé qui a fixé l'attention des Européens; c'est aussi vraisemblablement de l'Inde, qu'était sorti celui que Tagliacozzi décrivit avec un soin et une assurance bien trop remarquables, pour admettre que la chose en était encore à ses premiers linéamens d'une invention

Enfin, depuis plus de deux siècles, la rhinoplastie était reléguée au nombre des contes fabuleux du moyen-âge, lorsqu'en 1800, le docteur Lucas, chirurgien en chef de l'armée anglaise dans l'Inde, s'étant procuré des notions exactes sur les procédés nasifiques, mis en usage par les Indous, en fit l'application avec un succès complet. Les heureux résultats qu'obtint cette opérateur, lui ayant fait pressentir de quelle fécondité cette opération pouvait devenir entre les mains habiles de certains chirurgiens d'Europe, non-seulement pour subvenir à la mutilation du nez, mais encore pour restaurer toute autre partie du corps, comme les lèvres, les paupières, les joues, et quelques autres organes, sur lesquels les opérations ne sont

nouvelle. Rien n'est plus exact que ses observations, rien n'est plus judicieux que ses préceptes; ils sont vraiment écrits en présence de la nature. L'art s'est perfectionné, sans doute; mais ce qui pourra paraître singulier, c'est qu'il est sorti pour la seconde fois, presque tout perfectionné des mains de ses premiers inventeurs, que nous regardons comme des barbares. En les rapportant au temps où ils ont été composés, les travaux de Tagliacozzi, sur ce point, sont vraiment étonnans. Mais son siècle n'était pas mûr pour des pensées aussi élevées : on n'entendit pas l'auteur; on aima mieux le traiter comme un visionnaire, comme un imposteur; nier sa véracité, plutôt que de se donner la peine de vérifier l'exactitude de ses observations. »

Quoique nous ne partagions pas entièrement ce haut degré d'enthousiasme pour la célébrité chirurgicale de Tagliacozzi, qui, à notre avis, n'a fait preuve, en cette occasion, que d'une richesse d'emprunt acquise aux dépens de Branca, le Sicilien, et des Boiani, de Naples, *qui fuerunt veri opifices*, ce passage de M. Delpech nous a paru assez intéressant, pour que nous ayons cru devoir le rapporter en entier.

quelquefois impraticables, que par l'impossibilité où l'on est de recouvrir aussitôt la plaie, avec une quantite suffisante de peau saine. Il se hâta d'en écrire à ses confrères de Londres. Les premières tentatives y furent infructueuses : ce qui discrédita la rhinoplastie jusqu'en 1813, époque où Lynx, guidé par de meilleurs renseignemens, la réhabilita dans l'opinion publique, par les heureux résultats qu'il en obtint. Peu de temps après, Sutelisse et Carpue opérèrent, avec un succès complet, quelques nouveaux cas de la rhinoplastie, par le procédé des *Koomas*. Ce dernier, par ses nombreuses relations avec l'Inde, et ses infatigables recherches bibliographiques, ayant rassemblé tous les documens relatifs à la manière de raccoûtrer le nez, tant chez les anciens que chez les modernes, fut le premier chirurgien rhinoplaste dont les heureux succès retentirent dans toute l'Europe médicale. Les deux opérations rhinoplastiques qu'il pratiqua (la première, le 23 octobre 1814, sur un officier anglais, qui, depuis douze ans, avait eu le nez détruit par la syphilis; et la seconde, sur le capitaine Latham qui, à la bataille d'Albuera, en Espagne, voulant sauver son drapeau, eut la moitié du nez emporté d'un coup de sabre que lui asséna un de nos braves), produisirent une telle sensation à Londres, qu'il n'y eut bientôt personne, qui ne fût curieux de voir ces nez raccommodés. Des certificats authentiques et des attestations flatteuses furent donnés au doc-

teur Carpue, qui les a insérés à la fin d'un traité de *restauration nasale*, imprimé à Londres en 1816, et dont notre savant et laborieux confrère, M. Breschet, doit publier incessamment la traduction. L'ouvrage du docteur Carpue a paru, sous le titre suivant : *An acount of two succesful operations for restauring a lost nose, etc., London*, 1816.

Montègre rapporte, dans l'analyse pleine d'intérêt qu'il a faite de l'ouvrage rhinoplastique de M. Carpue, qu'à la première de ces deux opérations, un des amis du malade compta, sur sa montre, quelle en avait été la durée. Neuf minutes furent employées pour la dissection du lambeau et six pour les sutures qui devaient le fixer; après quoi il en fallut encore vingt-deux pour appliquer les bandages nécessaires : en tout trente-sept minutes, pendant lesquelles l'opéré se comporta avec le plus grand courage, et ne poussa pas un seul cri. *Ce n'était cependant pas un jeu d'enfant*, dit-il à la fin, *j'ai extrêmement souffert, mais il aurait été inutile de se plaindre, et après l'application du bandage, je n'ai presque plus rien senti.*

(*Gazette de Santé*, 1er septembre 1816.)

Deux années plus tard, c'est-à-dire en 1818, Hutchinson, chirurgien de Westminster, réussit cette opération indienne chez une pauvre mère de

famille, qui avait eu le nez rongé par la terminaison gangreneuse d'un érysipèle à la face. La hideuse difformité de cette malheureuse femme répugnait tellement à tous ceux qu'elle approchait, qu'elle avait fini par ne plus pouvoir gagner ses moyens d'existence. Un mois après avoir été opérée par la méthode indienne, sa guérison fut complète, ce qui lui permit de reprendre les occupations de son état. Les praticiens les plus distingués de Londres assistèrent à cette intéressante opération, dont le manuel ne fut contrarié que par quelques accidens hémorragiques, dont on vint facilement à bout Une collecte fut faite à l'instant, pour secourir cette malheureuse mère que son infirmité avait plongée dans la plus affreuse misère. Cette générosité est loin de nous surprendre de la part de nos confrères d'outremer : à Londres comme à Paris, une généreuse humanité caractérise la plupart des célébrités médicales.

A cette même époque, Graëff commença ses premières tentatives à Berlin. Nous en avons déjà parlé, à l'article *Rhinoplastie italienne*, dont elles ne sont qu'une imitation perfectionnée. Peu de temps après, Travers, Lyston, Green, en Angleterre : Dieffenbach et Beck, en Allemagne, contribuèrent aussi à propager la rhinoplastie.

M. Delpech est le premier chirurgien français, qui ait pratiqué la rhinoplastie indienne. Ainsi

que nous l'avons déjà indiqué dans un des chapitres précédens, il avait d'abord fait l'essai de la méthode de Tagliacozzi, dont les procédés lui avaient paru très ingénieux; mais n'ayant pas eu lieu d'être satisfait des résultats qu'il en obtint, il fit, en 1820 et les années suivantes, de nouveaux essais, au moyen du procédé des *Koomas*. Ses tentatives, qui ont été assez nombreuses, furent la plupart couronnées d'un heureux succès.

Nous indiquerons aussi, en temps et lieu, les travaux rhinoplastiques qui ont été entrepris à Marseille, par M. le docteur Mouleau; à Aix, par notre confrère et ami M. Thomin, qu'une mort prématurée a enlevé trop tôt à la science; et à Paris, par MM. Dupuytren, Lisfranc, Blandin, etc.

Quant à mes recherches sur la rhinoplastie, il me sera facile de les rapporter presque en entier, dans l'historique que je vais relater de l'opération que j'ai pratiquée en 1827. Pour que son exposé soit plus méthodique, je le ferai précéder de quelques réflexions préliminaires, qui lui serviront d'introduction.

Dans différens voyages que j'ai faits, soit en Afrique, en Asie ou en Amérique, ayant vu un grand nombre de nez coupés, ou détruits par des ulcères rongeans, cette horrible mutilation a souvent fixé mon attention, et m'a fait éprouver un vif désir d'y remédier d'une manière plus sûre qu'on n'avait pu le faire jusqu'à ce jour. Après

m'être exercé un très grand nombre de fois sur les cadavres, d'heureux essais sur le vivant m'ayant fourni plus tard les moyens de ramener à des principes simples et faciles, tous les différens détails relatifs à ce genre d'opération, j'ai pensé que le moment était arrivé de publier mon travail spécial sur cet objet.

Sans qu'il soit nécessaire de rappeler ici les diverses causes qui peuvent fournir l'occasion de pratiquer la rhinoplastie, il est cependant indispensable de préciser maintenant, les différens degrès de mutilation que peut éprouver le nez, afin de pouvoir indiquer les modifications qu'il convient de faire subir au procédé opératoire qui doit y remédier.

Si, par suite de maladies, ou par l'effet d'une action vulnérante, l'ablation totale du nez a lieu, dans d'autres circonstances plus fréquentes, cette partie éprouve une perte de substance bien moins étendue. Ainsi nous avons vu la plupart des rhinomètes n'être privés que du lobe nasal, d'autres n'avoir perdu que la paroi droite ou gauche de cet organe, ou sa partie dorsale, qui parfois, n'est que disjointe (1), quelques autres enfin n'avoir à regretter que l'une des deux ailes du nez, ou la cloison nasale.

(1) Dans le dernier de ces deux cas, qui est très-rare, le nez semble double ou *bifide*, lorsque la difformité est congéniale; il paraît au contraire s'affaisser entièrement par la rétraction de ces tissus divisés, quand cet accident est survenu à la suite d'une lésion traumatique.

Ces nombreuses mutilations, pouvant provenir de causes très variées, nous ne saurions nous dispenser d'entrer dans quelques détails à cet égard. Les plus communes sont sans contredit celles qui se rapportent à la syphilis, dont les ulcères rongeans anéantissent quelquefois la totalité du nez. Les lésions traumatiques, telles que les coups d'instrumens tranchans, l'action des projectiles lancés par la poudre à canon, les morsures d'animaux, les brûlures et la congélation, ne viennent qu'en seconde ligne. Pour ce qui est de la destruction du nez par suite de gangrène érysipélateuse, charbonneuse, pustuleuse (1), nous la placerons en troisième ligne avec certains ulcères cancéreux, dartreux, scrophuleux et autres, dont l'effet destructeur n'atteint d'ordinaire qu'une partie plus ou moins étendue de cet organe.

Les mutilations du nez résultant d'une lésion traumatique, ou d'une terminaison gangréneuse, sont les cas les plus favorables à l'application de la rhinoplastie, parce qu'on agit sur des tissus sains, et qu'on n'a point à craindre l'action d'un virus destructeur qui vient parfois annuler le succès de l'opération la mieux faite. C'est ce que nous avons observé maintes fois, sur des individus qu'on avait

(1) Pendant mon séjour en Syrie, j'ai vu un grand nombre de personnes qui avaient perdu une partie du nez par suite du bouton d'Alep, dont la terminaison essentiellement gangréneuse, est suivie d'une longue suppuration qui creuse profondément les tissus.

eu l'imprudence d'opérer, avant d'avoir obtenu l'entière guérison de la cause du mal auquel on avait voulu remédier.

Nous devons donc établir en principe que, cette opération n'ayant fréquemment pour objet que d'obvier à l'effet secondaire d'une maladie, on ne doit l'entreprendre qu'après s'être assuré de la guérison radicale de cette dernière. Resterait encore à savoir si les tégumens du front et ceux qui avoisinent les ouvertures nasales, ne sont point détériorés par des cicatrices trop minces adhérentes aux os, et trop irrégulières, susceptibles de mettre obstacle à l'exécution du procédé opératoire. M. G.... de St-Cannat, en Provence, se trouvant dans un cas semblable, je n'ai pu accéder au désir qu'il éprouvait d'être opéré.

1° Lorsque la perte du nez est complète, que les os, les cartilages et la peau qui les recouvrent ont été enlevés, le cas est très difficile et nécessite l'emploi de toutes les ressources rhinoplastiques. La méthode la plus convenable dans cette circonstance, la moins difficile pour son exécution, est sans contredit celle des *Koomas* qui, comme nous l'avons précédemment indiqué, consiste à déverser la peau du front sur l'emplacement du nez qu'on veut rétablir. Nous verrons plus bas que cette même opération, diversement modifiée suivant l'espèce et le dégré de mutilation auquel on veut remédier, peut parfaitement s'appliquer à

toutes les variétés de ce genre de difformité. Tel est aussi le procédé rhinoplastique le plus généralement employé en Europe, et celui auquel nous avons cru devoir donner la préférence.

Pierre Lanelongue, natif des environs de Toulouse, âgé de trente-huit ans, et boucher de profession, se rendit en 1823 en Espagne, à la suite de notre armée d'invasion, dans laquelle il était employé comme bouvier. Aux environs de Grenade ou de Malaga, l'escorte qui accompagnait le convoi des bestiaux ayant été chargée par les dragons de Ballesteros, Lanelongue prit une part active au combat, où il se distingua par la bravoure dont il fit preuve; mais s'étant malheureusement laissé entraîner par son courage, il se vit bientôt environné par de nombreux ennemis qui le criblèrent de coups de sabre, dont un, entre autre, pénétrant entre les sourcils, lui abattit la totalité du nez et une petite portion de la lèvre supérieure. Os, chairs et cartilages, tout fut enlevé et lancé à plusieurs pas de distance. La commotion fut si violente, que Lanelongue, perdant connaissance, fut renversé de cheval et laissé pour mort sur le champ de bataille.

Transporté à l'ambulance, Lanelongue y devint l'objet des soins les plus attentifs, et ne tarda point à guérir de ses blessures. La cicatrisation avait été prompte et de bonne nature; mais pour si bien qu'elle fût dirigée, elle ne pouvait obvier à la difformité affreuse qui devait s'en suivre. Le

malheureux Lanelongue, devenu un objet de dégoût pour tous ses camarades, se vit bientôt obligé de quitter le service de l'armée. Il retourna dans son pays, dans l'intention d'y exercer son premier état de boucher; mais à peine arrivé au milieu de ses parens et de ses amis, il vit chacun d'eux s'éloigner de sa personne, et lui témoigner une aversion qui lui rendit ce séjour insupportable. Il s'exila de son pays, chercha ailleurs, mais inutilement, une place de garçon boucher qu'on lui refusait dans sa ville natale. L'indemnité pécuniaire que lui avait accordée l'administration de l'armée, ne consistant que dans une somme de quelques centaines de francs, une fois payée, Lanelongue eut bientôt épuisé ces faibles ressources, et finit par tomber dans le dernier état de misère.

Réduit à mendier son pain qu'il ne trouvait plus occasion de gagner honorablement, il parcourut toutes les parties de la France, ne recevant en tous lieux qu'une pitié stérile, ou de faibles secours qu'on ne lui accordait qu'en détournant les yeux. On s'éloignait de lui comme d'un spectacle hideux dont personne ne voulait supporter la vue. Repoussé des ateliers où il allait demander du travail, ce n'était qu'avec une peine infinie qu'il obtenait l'entrée des plus misérables gargotes; enfin ce n'était pas même sans danger qu'il s'approchait des fontaines publiques pour s'y désaltérer.

Ne voyant plus de terme à tant de malheurs si

peu mérités et dont il ne pouvait accuser que sa fatale destinée, Lanelongue était tombé dans un si violent désespoir, qu'il voulait mettre fin à ses jours.

Telle était l'affreuse disposition morale dans laquelle il se trouvait, méditant les moyens de se débarrasser d'une existence insupportable, lorsque le 2 octobre 1827, je rencontrai ce malheureux aux environs de la ville d'Aix, en Provence, où j'étais domicilié depuis plusieurs années. Mon premier mouvement fut de secourir cet infortuné, dont le sort était si digne de pitié; je m'informai ensuite de tous les détails relatifs à sa cruelle position. J'eus d'abord toutes les peines du monde à retremper son moral aigri et exaspéré par tant de souffrances. De prime-abord, il eut peine à comprendre que ses maux n'étaient point au-dessus des ressources de la chirurgie, et que cet art bienfaisant pouvait terminer tous ses malheurs, en faisant cesser leur cause première. Mon offre désintéressée, et la promesse de le retirer de l'état de misère où je le voyais, parvinrent à lui inspirer de la confiance et le décidèrent à subir l'opération rhinoplastique.

Ayant examiné de nouveau et avec soin le genre et l'étendue de cette difformité, je m'assurai en effet qu'on pouvait y remédier au moyen de la rhinoplastie indienne, convenablement modifiée d'après la complication du cas grave qui se présentait à mon observation.

Je fis conduire Lanelongue chez moi, où des soins empressés et des témoignages d'affection de la part de tous ceux qui l'environnaient, ne tardèrent point à le rassurer sur mes bonnes intentions. Bientôt son cœur s'ouvrit à l'espérance et son âme, depuis long-temps froissée par l'injustice et le malheur, devint accessible au désir de rentrer dans l'ordre social, dont une fatalité désolante l'avait expulsé depuis cinq années.

Lanelongue me demandait sans cesse des notions détaillées sur la Rhinoplastie; il en raisonnait très-bien toutes les particularités et avait fini par saisir avec beaucoup de précision, le manuel opératoire que je devais mettre en œuvre pour lui refaire un nez. Enfin l'espoir d'une prochaine guérison finit par agir si puissamment sur ce malheureux, qu'il en vint au point de me prier instamment de l'opérer quelques jours plutôt que je ne l'avais projetté.

La santé de Lanelongue étant complètement rétablie, et sa physionomie ne conservant plus la moindre trace du profond désespoir, où je l'avais vu peu de temps auparavant, je profitai des heureuses dispositions où il se trouvait, pour procéder sans plus de retard à l'opération que je lui avais proposée. Le malade ayant donc consenti à subir toutes les chances de cette douloureuse tentative, je l'y préparai vingt-quatre heures à l'avance, par une diète sévère et des boissons tempérantes.

Nous le plaçâmes sur un siége solide, bien exposé au grand jour. Prenant alors le patron de

papier, dont j'avais fait choix sur une demi-douzaine de modèles, de grandeur et de forme un peu différentes, afin de me décider pour celui qui me paraîtrait le mieux approprié à l'air de la figure; j'examinai attentivement si tous les bords de ce modèle, étaient en rapport bien exact avec les surfaces sur lesquelles devait être greffé le lambeau (1). Lorsque j'en eus acquis la certitude, j'étendis ce patron sur le front du malade, j'y traçai avec de l'encre très-noire les contours du papier, ayant soin de faire mon dessin un peu plus grand que le modèle ne l'indiquait, afin d'obvier aux effets de la rétraction qui a toujours lieu dans les tissus après leur division, surtout lorsqu'ils sont en partie détachés. N'oublions pas de dire, qu'il existe encore dans le cas de rhinoplastie, un raccourcissement consécutif du lambeau, provenant de la suppuration de sa face interne, qui finit par se revêtir d'une cicatrice formée d'un tissu fibreux très-contractile, dont l'action est permanente. Je pense même qu'à cause de cette circonstance, il serait plus convenable de découper d'après le patron choisi, un second

(1) Afin d'abréger au malade la pénible anxiété qui précède toute tentative opératoire, il vaut mieux, la veille, s'occuper de la découpure des patrons, du choix qu'on doit en faire, et de tous les autres détails qui s'y rapportent. D'ailleurs, en s'y prenant à l'avance, on a plus de temps à soi pour rectifier le modèle qu'on a choisi, et pour bien comprendre sa forme, avec laquelle il faut s'être identifié avant de commencer l'opération.

modèle en papier, dont les dimensions seraient plus étendues. Pour ne pas avoir su prendre toutes ces précautions, il est arrivé mainte fois, que tel lambeau, qui semblait d'abord présenter toutes les dimensions convenables, ne tardait point à se rétracter, à s'amoindrir, et à ne plus présenter qu'un simulacre de nez. Nous concluons donc, en rappelant encore le sage précepte de Tagliacozzi, *meliùs est amplas gestare nares, quam minutas et deformes*, qu'il faut dessiner sur le front du malade un lambeau un quart plus grand que le nez qu'on veut obtenir.

Mon tracé terminé offrait l'image *d'un triangle isocèle renversé, dont les deux côtés égaux, longs de trente-deux lignes, étaient réunis par une base de vingt-huit lignes d'étendue, qui présentait extérieurement sur son milieu un appendice rectangle, long d'un pouce, et large de six lignes.* Ce petit lambeau de peau devait rester adhérent par une de ses extrémités à la base du triangle, tandis que de l'autre il était destiné à être implanté dans une ouverture profonde, pratiquée au-dessus de la lèvre supérieure, afin d'y compléter la cloison nazale. Qu'on se figure une espèce d'*as de pique* renversé, ou bien un grand V fermé, dont le sommet tronqué serait placé entre les sourcils, tandis que la base, située à la partie supérieure, présenterait sur le milieu une languette de peau, de forme quadrilatère alongée, correspondant à la partie antérieure du cuir chevelu, que j'avais

eu la précaution de raser dans l'étendue d'un pouce. Les deux angles supérieurs ou latéraux étaient légèrement arrondis pour mieux simuler le contour des ailes du nez (1).

2° Aussitôt que l'encre fut sèche, je fis contenir Lanelongue par deux aides, dont un, placé derrière, maintenait la tête, et l'autre, en avant, fixait les bras et les jambes. Prenant alors un petit bistouri, convexe sur le tranchant et dont je tins le manche comme une plume à écrire, je disséquai le lambeau de peau, en commençant de bas en haut, afin que l'écoulement du sang ne m'empêchât pas de distinguer la ligne noire du dessin que j'étais obligé de faire parcourir au tranchant de mon instrument. L'incision fut profonde; oblique en dehors, dans les deux tiers inférieurs, oblique en dedans vers le tiers supérieur, elle comprit dans son épaisseur toute celle des tégumens, une partie du tissu cellulaire sous-cutané, ainsi qu'une portion du muscle occipito-frontal, sans toutefois intéresser le péricrâne, crainte de la nécrose (2). Au moyen de cette obli-

(1) A la fin du dernier article nous indiquerons sur des planches lithographiées les figures exactes et proportionnées de ces modèles de nez, ainsi que tout ce qui est relatif aux opérations rhinoplastiques. Il est presque inutile de dire que l'étendue du lambeau doit varier, suivant l'état particulier de chaque figure.

(2) Le muscle occipito-frontal, qui, à sa portion antérieure, est uni à la peau par du tissu cellulaire moins serré que dans la région sincipitale et occipitale, se trouve, par cette même raison, recouvert d'un peu de graisse qui donne plus d'épaisseur aux tégumens du front qu'au cuir chevelu. En second lieu, sa face postérieure est unie au péricrâne du coronal par un tissu cellulaire plus abondant que vers la partie supérieure et pos-

quité d'incision, la peau du lambeau fut plus coupée inférieurement aux dépens de sa face épidermoïque, et supérieurement aux dépens de sa face profonde. Cela me parut favorable, non-seulement pour faciliter son exacte agglutination dans l'incision également oblique en dehors, que je pratiquai supérieurement au-devant des fosses nasales; mais encore pour prévenir, le long des parois du nez, la saillie à laquelle aurait pu donner lieu la cicatrisation des bords du lambeau, coupés perpendiculairement, et que l'on enchâsserait dans une incision profonde (1). Je détachai complétement la base du triangle surmonté de son appendice, ainsi que la presque totalité du reste du lambeau, qui ne demeura adhérent que par son sommet, situé entre les sourcils; m'étant aperçu que la torsion du pédicule ne s'opérait qu'avec difficulté, je prolongeai l'incision de gauche quatre lignes plus bas que celle de droite, ayant soin de donner à toutes les deux une direction un peu oblique vers ce dernier côté, afin d'avoir plus de facilité à contourner le lambeau sur l'emplacement de l'ancien nez. Cette disposition présentait aussi l'avantage de ne point gêner la circulation du

térieure de la tête. Toutes ces dispositions sont très favorables à la rétraction naturelle des tissus, ainsi qu'à celle provenant de leur état inflammatoire; circonstances qui ne peuvent qu'augmenter l'épaisseur du lambeau, et rendre plus facile l'entretien de sa vitalité.

(1) Nous démontrerons plus loin comment, au moyen d'une disposition inverse de l'incision, on peut obtenir, à la partie du lambeau qui correspond aux ailes du nez, la forme convexe qu'elles présentent dans l'état naturel. Il arrive même, qu'à partir du point d'intersection

sang à travers du pédoncule, ce qui diminuait d'autant les chances de la gangrène.

Il est évident qu'à l'aide de cette précaution, non-seulement la torsion du pédicule est peu marquée, mais qu'on peut se dispenser de le couper comme on l'avait fait jusqu'à ce jour. C'est au hasard seul que j'ai été redevable de cette découverte, faite également par M. Lisfranc, et que d'autres voudraient rapporter à M. Blandin. Cette dissection fut très-douloureuse, parce qu'elle intéressa quelques rameaux nerveux, fournis par la branche temporo-faciale de la portion dure de la septième paire, et d'autres filets provenant de la branche frontale du nerf ophthalmique de Willis, etc.

L'hémorrhagie, fournie par la veine frontale, et les vaisseaux artériels provenant de l'angulaire, fut assez abondante, mais je me gardai bien de l'arrêter, voulant éviter par là le développement d'une inflammation érysipelateuse, qui aurait pu compromettre le succès de l'opération. Cependant, si les artérioles incisées avaient donné lieu à une hémorrhagie trop abondante, j'en aurais pratiqué la torsion, plutôt que la ligature, afin que les fils ne fussent pas un obstacle de plus à la prompte agglutination des bords de la plaie (1).

des deux lignes obliques, le changement de direction qu'on est obligé de donner au tranchant du bistouri, dessine vers la base du lambeau une courbure absolument pareille à celle de l'aile du nez.

(1) Pour mieux apprécier les avantages de ce moyen hémostatique, on n'a qu'à consulter l'intéressant travail *sur la torsion des artères*, publié par notre confrère et ami M. le docteur Amussat.

3° Je renversai alors le lambeau, je le tordis sur lui-même de droite à gauche (du malade), et le présentai à l'emplacement qu'il devait occuper, de manière que la surface saignante était dirigée du côté des fosses nasales. Ce lambeau se trouva parfaitement conforme au premier modèle de nez dont nous avions fait choix, à cause de l'excédant que nous avions exprès ménagé, pour obvier à la rétraction du tissu qui survient aussitôt que le lambeau est formé. Après avoir examiné avec soin l'endroit où les bords saignans du nouveau nez devaient être greffés, j'incisai profondément d'avant en arrière, et de dedans en dehors les deux tiers supérieurs du pourtour des ouvertures nasales et dirigeai l'incision en sens inverse dans leur tiers inférieur. A l'aide de cette disposition, j'obtins de chaque côté un sillon dirigé obliquement en dehors à sa partie supérieure et obliquement en dedans à sa partie inférieure, sillon dans lequel j'enchâssai les bords du lambeau, que je fixai de chaque côté par quatre points de suture dite entre-coupée. Le troisième de ces points, en commençant de haut en bas, au lieu de ne traverser les lèvres du lambeau qu'à une ligne et demie de son bord, comme je l'avais pratiqué pour les autres, y pénétrait au contraire à la distance de deux lignes et demie, ce qui me permit, en serrant le nœud, de faire froncer cette partie de la peau, et de lui faire simuler le pli de l'aile du nez (1).

(1) M. Delpech, grand partisan des points de suture, les plaçait, dans

4° Restait encore l'appendice, qui, par l'effet de la rétraction, n'avait plus que neuf lignes de long et cinq de large. J'excisai en dédolant une portion de sa face épidermoïque vers son extrémité libre, afin de rendre ce point saignant et susceptible d'agglutination immédiate; je la relevai et l'insérai aussitôt, dans une ouverture presque quadrilatère que j'avais pratiquée au-dessus de la petite fossette que présente la lèvre supérieure; je l'y fixai à l'aide d'un point de suture, que je pratiquai en traversant avec l'aiguille, d'arrière en avant, le bord adhérent de la lèvre supérieure, et de haut en bas, l'extrémité de l'appendice. Je ramenai ensuite l'aiguille à la face interne de la lèvre en la traversant une seconde fois, mais d'avant en arrière et immédiatement au-dessous de la cloison nasale. Afin de rendre cette partie de l'opération plus exacte et facile à exécuter, j'incisai le frein de la lèvre, et une portion du repli formé par la membrane muqueuse. Cela fait, j'introduisis dans chacune des ouvertures des narines un petit bourdonnet de charpie, de forme alongée et cylindroïque, afin de les maintenir dilatées, sans cependant contondre leurs surfaces saignantes, qui devaient bientôt s'enflammer.

5° J'avisai ensuite, aux moyens de remédier à la

ce cas, à trois lignes de distance les uns des autres. Il avait même la précaution, pour mieux affronter les parties, de nouer les points de suture sur de très-petits rouleaux de sparadrap qui servaient à déprimer celui des deux bords qui aurait été disposé à faire saillie.

forme irrégulière de la grande plaie que présentait le front, dont la cicatrice eût été difficile à obtenir, et désagréable à la vue. En effet, la perte de substance opérée en cet endroit, présentait une espèce de triangle irrégulier, offrant deux petits angles saillans, correspondant à l'endroit des tégumens dont nous avions commencé à détacher l'appendice. Je me décidai, en conséquence, à agrandir la plaie pour la régulariser, la rendre plus facile à guérir, et obtenir une cicatrice linéaire. A l'aide du bistouri, je prolongeai l'incision de l'angle droit, supérieur de la plaie, c'est-à-dire au point correspondant au grand angle droit, situé à la base du triangle isocèle, formé par le lambeau. L'incision fut dirigée de manière à décrire le restant d'une courbe semi-elliptique qui, se rencontrant sur la ligne médiane, un demi-pouce en arrière de l'extrémité la plus élevée de la plaie, avec une ligne pareille que je pratiquai du côté opposé, me permit de retrancher les deux angles saillans formés par l'enlèvement de l'appendice, ce qui convertit la plaie en une ellipse assez régulière. J'en rapprochai les bords à l'aide de bandelettes agglutinatives, n'ayant pas jugé convenable d'employer des points de suture, comme M. Delpech l'a proposé et mis en usage (1).

(1) Les points de suture, pour rapprocher dans cette circonstance les bords de la plaie du front, non-seulement ne sont point nécessaires, mais ne sont même pas sans danger vu la grande perte de substance. Il

J'eus lieu de m'apercevoir que, vu la facilité avec laquelle les tégumens du front se prêtaient à ce rapprochement, je ne tarderais point à obtenir une cicatrice longitudinale et nullement difforme. L'opération terminée, je procédai au pansement de la manière suivante: un large plumasseau de charpie, enduit de cérat, fut appliqué sur le front et maintenu à l'aide d'une bande qui serrait très-peu, crainte d'occasionner une compression nuisible à la circulation du sang dans le lambeau. J'eus surtout la précaution de ne placer sur son pédoncule, qu'un peu de charpie molette, enduite de beaucoup de cérat, et sur laquelle je me gardai bien de faire passer la bande. Deux autres plumasseaux de forme alongée furent appliqués à sec de chaque côté du nez, pour le maintenir le mieux possible dans la ligne médiane, et le soustraire à l'action du froid. Pour fixer cette partie de l'appareil, je me servis d'une large bandelette agglutinative, que je fixai par une de ses extrémités, au sommet de la tête, d'où je la fis descendre vers le pédicule du lambeau. Arrivé en cet endroit, je la fendis dans tout le reste de sa longueur, et fis

faudrait, pour mettre en rapport les deux lèvres de la plaie, opérer des tractions très-violentes, susceptibles de déchirer les tissus, ou de leur causer une inflammation érysipélateuse, qui pourrait compromettre le succès de l'opération. D'ailleurs, l'expérience a bien démontré que cette plaie, traitée par les bandelettes agglutinatives et pansée à plat, guérissait avec facilité et sans la moindre difformité.

passer chacune des divisions le long des plumasseaux, afin de maintenir ces derniers contre les parois du nez. Chacun des bouts de la bandelette fut conduit en dehors des commissures des lèvres et fixé au dessous du menton. L'extrémité supérieure de la bandelette fut assujétie à l'aide de quelques tours des bandes qui, partant du sinciput, passaient sous le menton pour revenir à leur point de départ, et que je ramenais ensuite sous la nuque, et de là sur le front. Avant de terminer cette dernière partie du pansement, j'avais eu la précaution d'introduire quelques brins de charpie très-fine, dans l'incision pratiquée entre la face postérieure de la lèvre supérieure et la base des gencives, afin de prévenir la trop prompte agglutination de ces parties, entre lesquelles se trouvait le nœud du point de suture qui fixait la cloison nasale.

Pendant l'opération, j'avais laissé couler abondamment le sang, afin de diminuer les chances d'une violente inflammation, toujours redoutable dans ces circonstances; cependant, lorsque l'hémorrhagie me gênait, pour distinguer avec précision les différentes parties sur lesquelles j'opérais, je faisais appliquer momentanément sur la plaie du front une large pièce d'amadou qui, interceptant l'écoulement du sang, me permettait de continuer mon opération avec toute sécurité. Un inconvénient, plus embarrassant, et auquel il me fallut résigner, faute de pouvoir y remédier, fut occasionné par la grande quantité de sang qui, pénétrant dans la gorge,

sortait violemment par la bouche toutes les fois que la douleur arrachait des cris au malade. J'en avais la figure couverte ; mais ce qui était plus incommode encore, c'est qu'à plusieurs reprises j'en reçus dans les yeux, ce qui m'obligea, à deux fois différentes, de discontinuer l'opération durant l'espace de quelques secondes.

Mais un incident plus grave, et qui me plaça dans une position bien critique, se présenta au moment où, après avoir détaché du front le lambeau tégumentaire, j'allais le mettre en rapport avec l'emplacement qu'il devait occuper. Avant de le renverser sur lui-même, ayant jugé nécessaire, comme je l'ai déjà dit, de prolonger l'incision de gauche jusqu'à la ligne médiane de la racine du nez, afin de faciliter la torsion du pédoncule, le malade éprouva une si vive douleur par la division inévitable, que je dus faire de quelques rameaux de la branche frontale du nerf ophthalmique de Willis, qu'il s'échappa des mains des aides, et s'élançant vers la porte, voulut se soustraire au reste de l'opération. Dans ce moment, la physionomie de Lanelongue présentait un aspect affreux; son front était ouvert par une large plaie, dont les bords rétractés par la douleur, avaient augmenté l'étendue ; tout le reste de sa figure, le cou et les vêtemens, étaient inondés de sang. Mais ce qui paraissait le plus horrible à voir, c'était le lambeau de chair palpitante, qui, à chaque mouvement, ballotait sur l'une et l'autre joue.

Jugeant que mes exhortations seraient inutiles, parce que la persuasion n'avait plus d'action sur l'esprit de Lanelongue, exalté par la douleur, je courus après lui, et fermai la porte de l'appartement, dont j'enlevai la clef. Prenant alors le ton d'autorité que comportait la position où je me trouvais, je lui ordonnai de reprendre la place que je lui avais assignée pour l'opération, sous peine de s'y voir contraint. Lanelongue, pensant avec raison que toute résistance serait inutile, se remit sur son fauteuil, et supporta le reste de l'opération sans que je fusse même obligé de le faire tenir par les aides. Aussitôt que le dernier appareil fut appliqué, j'eus toutes les peines du monde à maîtriser les élans de sa reconnaissance: il voulut à toute force m'embrasser, ce dont je l'eusse volontiers tenu quitte, si je n'avais craint de diminuer les transports de sa joie. Le malheureux avait fait preuve de tant de soumission vers la fin de l'opération, que je crus devoir me résigner à mon tour et m'exécuter de bonne grâce.

Le lecteur qui, tranquillement assis dans son cabinet, lira les détails que je viens de rapporter, aura peine à concevoir dans quelle pénible situation je dus me trouver en ce moment. Laisser sortir le malade, qui ne voulait plus qu'on touchât à sa figure, était chose impossible dans l'affreuse position où il se trouvait. La commisération publique l'attendait sur le seuil de ma porte, et tout le blâme eût pesé sur moi seul. Personne n'aurait pris en considération l'im-

possibilité où j'aurais été de faire consentir Lanelongue à subir le reste d'une opération qui avait pour objet de le rendre à la vie sociale. N'adopter qu'une demi-mesure, et remettre le lambeau dans sa position naturelle, eût été rendre inutiles toutes les douleurs que j'avais déjà fait éprouver au malade, et donner lieu à un insuccès opératoire, propre à déconsidérer la rinoplastie. La réputation d'un médecin est sa principale richesse; d'elle seule peut dépendre tout le bonheur de sa vie; faudrait-il donc livrer à la discrétion du premier venu un bien aussi précieux? Et qui pourrait au monde nous indemniser d'une perte pareille!... Tout malade qui, après y avoir mûrement réfléchi, aura, d'après sa demande formelle, reçu les premiers coups de bistouri, et subi un commencement d'opération grave, ne doit plus être libre dans son propre intérêt, bien plus encore que dans celui de l'opérateur, de la faire suspendre dans le seul but de se soustraire à la douleur. En pareille occurrence, le praticien est moralement responsable de l'insuccès: c'est à lui de prendre toutes les précautions qu'il juge convenables, pour amener à bonne fin l'œuvre qu'il aura commencée. L'humanité lui en fait un devoir; la loi devrait lui en imposer l'obligation.

Immédiatement après l'opération, qui avait été longue et douloureuse, à cause des soins qu'elle exigeait (elle dura vingt minutes), le malade fut conduit dans son lit, où je lui fis maintenir la tête et les épaules élevées par des oreillers.

Je lui recommandai de ne point se coucher sur le côté, crainte de déranger l'appareil, ce qui aurait pu déplacer le nez de la ligne médiane, où nous avions tant intérêt à le conserver. Une garde-malade resta auprès de Lanelongue, et surveilla le moindre de ses mouvemens, surtout lorsqu'il dormait. Le silence absolu fut recommandé à l'un et à l'autre. La diète, le repos et des boissons adoucissantes furent les seuls moyens thérapeutiques que je crus devoir prescrire.

Quelques jours avant l'opération, je m'étais aperçu que Lanelongue était très sujet à éternuer, je songeai, dès cet instant, à prendre les précautions convenables, pour éviter le retour de cet accident, qui aurait pu devenir dangereux pendant les premiers jours de l'opération. En effet, l'éternuement est pour le nez ce qu'est la toux pour la poitrine. La sternutation balaye bruyamment et avec secousse toute l'étendue des fosses nasales, comme la toux, par son ébranlement, détermine l'expectoration des mucosités contenues dans les poumons. Ces considérations me déterminèrent à recommander qu'on ne laissât point pénétrer les rayons du soleil, ni de courant d'air frais dans l'appartement de Lanelongue (1).

(1) Il n'est personne qui n'ait souvent éprouvé les effets d'une vive lumière ou d'un air très-frais, comme causes de l'éternuement. L'action du soleil est d'ordinaire si prompte sur bien des gens, qu'ils ne sauraient s'y exposer un seul instant sans éprouver aussitôt une violente sternu-

Après l'opération de la rhinoplastie, l'ébranlement, causé par la sternutation sur les parois du nouveau nez, serait d'autant plus à craindre, qu'à cette époque les ouvertures nasales étant bouchées par de la charpie ou autres corps dilatans, tout l'effort de l'air expiré se concentrerait presqu'en entier sur le lambeau, ce qui le tiraillerait violemment et pourrait même déchirer les points de suture. On concevra facilement la possibilité d'un pareil résultat, en songeant que, lors de l'éternuement, la base de la langue étant élevée, et le voile du palais abaissé de manière à fermer l'isthme du gosier, l'air s'échappe presqu'entièrement par les fosses nasales

Grâce à l'hémorrhagie que le malade avait éprouvée au commencement de l'opération, et que je m'étais bien gardé de supprimer trop tôt, il ne survint qu'un léger gonflement inflammatoire aux joues, très-peu d'élancemens à la tête, et seulement un peu de douleur aux yeux. La fièvre fut peu sensible, et tout le malaise qu'éprouva Lanelongue se borna bientôt à la gêne très-incommode que lui occasionnaient quelques mucosités sanguinolentes, qui étaient tombées dans l'arrière-gorge, et qu'il n'osait point expectorer, crainte que la secousse,

tation; phénomène qui est probablement dû à l'impression subite qui se transmet de l'œil à la membrane pituitaire par le moyen des communications nerveuses établies entre ces deux organes, par la branche nasale du nerf ophthalmique de Willis.

provenant des efforts de l'expectoration, ne dérangeât l'application immédiate de son nez, sur l'emplacement où je l'avais greffé. Dès les premiers jours, Lanelongue éprouva un vif appétit, mais il me fut impossible de satisfaire ses désirs, crainte que les tiraillemens, produits par la mastication des alimens, nuisissent à la prompte agglutination des bords du lambeau. Ce n'est même qu'à l'aide d'un chalumeau qu'il pouvait avaler un peu de boisson.

Le troisième jour après l'opération, je procédai au premier pansement; voici l'état dans lequel je trouvai les parties au lever de l'appareil :

Le nez était un peu gonflé, rose, uniforme, et cerné d'une ligne noirâtre de sang à demi-figé, qui me permettait à peine de distinguer les points de suture, qui laissaient cependant suinter un peu de matière séro-purulente. Mais rien ne transsudait des bords de la plaie, dont l'agglutination avait déjà commencé. Il y avait au pédicule du lambeau, un peu de tension, ainsi qu'un peu de rougeur et d'engorgement aux parties environnantes. On sent très-bien, que dans les premiers temps, le pédicule ne peut jamais être aussi exactement coapté que tout le reste du lambeau.

La cloison nasale était légèrement rétractée sur les côtés, et ses bords tendaient à se raccornir en dedans. Cette disposition lui avait fait prendre la forme d'un petit pilastre, qui semblait destiné à soutenir le bout du nez. Les ouvertures des narines

avaient été maintenues ouvertes par deux bourdonnets de charpie, mais comme elles étaient disposées à s'arrondir, je remplaçai ce premier moyen, par deux morceaux de sonde creuse de gomme élastique, autour desquels j'eus soin de coller un peu de cire, de manière à leur donner une forme alongée, et légèrement conoïde, comme le sont presque toutes les narines qui ont reçu un plein développement. J'humectai les bords de la plaie, avec de la décoction de graine, de lin, afin de ramollir le sang desséché, et prévenir la formation d'une croûte, qui serait devenue incommode au malade, et nuisible à la prompte agglutination des parties. L'extrémité de l'appendice avait déjà contracté une adhérence intime dans l'épaisseur de la lèvre supérieure, ce qui me permit de la débarrasser de son point de suture, dont j'avais noué le fil au-dedans de la bouche, en haut de la lèvre supérieure, afin de mieux fixer la cloison dans une direction perpendiculaire. Je pus alors supprimer aussi les quelques brins de charpie que j'avais placés, entre la lèvre et la bord alvéolaire. La température du nez était à peu près la même que celle des environs de la plaie. Mais une particularité digne de remarque, c'est que le malade percevait du côté du front l'impression de mes doigts, que je promenais à la surface de son nouveau nez. Cette erreur de sensation a duré jusqu'au moment où le lambeau, complétement adhérent, fut identifié avec l'action vitale des tissus sur lesquels

je l'avais greffé. Ce phénomène physiologique est trop facile à concevoir pour que nous devions en donner une application détaillée. Nous dirons seulement que, durant le temps où la partie tégumentaire reçut vie entière des tégumens du front, dont elle était encore partie intrinsèque et inhérente, elle dut en partager les sensations, puisqu'elle était soumise à la même innervation, et à la même action circulatoire.

La plaie du front était recouverte de bourgeons charnus, qui suintaient déjà une assez grande quantité de pus. J'en rapprochai les bords à l'aide de nouvelles bandelettes agglutinatives. Je rappliquai le même appareil contentif que nous avons indiqué précédemment, et le malade fut soumis à une diète moins sévère. Des purées, de la semouille et du bouillon furent les seuls alimens que je lui accordai, afin de prévenir autant que possible les contractions des muscles de la face et les mouvemens des mâchoires; les pansemens furent renouvelés toutes les vingt-quatre heures; les bourgeons charnus touchés avec le nitrate d'argent ne tardèrent point à s'affaisser; la cicatrisation marchant à grands pas, je permis au malade l'essai de quelques alimens solides, qui lui furent continués, à dater du *huitième jour* après l'opération.

A cette époque, le lambeau n'était presque plus ni enflammé, ni engorgé, et son adhérence paraissait très-intime, ce qui m'engagea à enlever tous les points de suture, à l'exception de ceux qui fron-

çaient la partie postérieure du lambeau, pour y simuler le pli des ailes du nez. Ces derniers ne furent détachés que vers le *douzième jour*. La face profonde ou postérieure du lambeau fournissait encore une suppuration très-abondante, qui s'écoulait par les narines; mais le pus devint tellement épais vers le *quinzième jour*, que je fus obligé à chaque pansement de nétoyer la cavité nasale, à l'aide d'un petit pinceau à miniature, que je trempais dans une décoction émolliente.

Vers le *seizième jour*, que nous avions présumé devoir être l'époque où il conviendrait d'opérer la section du pédicule, ce dernier, grâce à l'obliquité que je lui avais donnée pour en faciliter la torsion, s'était tellement épanoui et affaissé, qu'il avait fini par se mettre en rapport immédiat avec les parties voisines, et n'avait pas tardé à contracter adhérence avec elles. Dès-lors, je conçus l'espoir d'éviter son excision, dont je redoutais les suites. Je rafraîchis une petite partie des bords du pédicule, qui n'avait pu s'agglutiner; j'exerçai sur elle une légère compression pour l'aboucher avec les lèvres de la plaie, située entre les sourcils, et j'eus le bonheur d'obtenir une réunion exacte, et sans la moindre difformité. Une circonstance que j'avais prévue dès le premier jour de l'opération, et qui arriva en effet comme je m'y étais attendu, fut la pousse de quelques cheveux qui, ayant continué à croître pendant quelque temps à la face inférieure de l'appendice,

fournirent bientôt de très-longs poils à la moustache de Lanelongue. C'était un très-petit inconvénient, et les ciseaux furent un sûr et facile moyen d'y remédier.

Le dix-huitième jour, la réunion paraissait exacte de toutes parts. Le lambeau avait la couleur et la température naturelles, et les cicatrices qui l'unissaient aux joues présentaient déjà une assez forte résistance. Les piqûres des points de suture étaient presqu'entièrement effacées. Les parties furent laissées à découvert, et je me bornai à quelques légères lotions émollientes que je faisais pénétrer jusque dans les narines. Les démangeaisons que le malade y éprouvait étaient si intenses, qu'il eut toutes les peines du monde à résister au besoin d'y porter les doigts pour se gratter; il ne trouvait d'autre moyen pour les calmer, que de se frapper du poing toute la surface non encore cicatrisée de la plaie du front; il y allait si bon train, que mainte fois il la rendit toute saignante. Comme je ne voyais à cela d'autre inconvénient que de retarder la cicatrice, je laissai le malade satisfaire son envie, à condition qu'il ne toucherait point au nez.

Le vingt-cinquième jour, l'adhérence du nez était assez forte pour me permettre d'exercer sur lui de légères tractions en avant, avec compression sur les côtés, afin de mouler un peu cette partie, en lui donnant autant que possible la saillie d'un nez naturel; mais il me fut impossible de

le rendre pointu, l'extrémité resta légèrement arrondie, comme le sont la plupart des nez qu'on appelle *charnus* A la fin du mois, la cicatrice du front était complète, et ressemblait exactement à celle qui proviendrait d'un coup de sabre dont on n'aurait pas tenté la réunion immédiate, mais qu'on aurait livrée à la suppuration.

Le son de voix de Lanelongue n'était plus nasillard, ni rauque, comme avant l'opération; son arrière-gorge n'était plus sèche ni irritée; il percevait facilement toutes les odeurs, et recherchait avec avidité une prise de tabac, ce que j'empêchais le plus souvent possible. Un extrême plaisir pour lui était de faire sortir la fumée de son cigarre au travers de ses nouvelles narines. Il recherchait l'air frais avec autant d'empressement, qu'il en mettait à l'éviter un mois avant. A peine six semaines s'étaient écoulées depuis le jour où je l'avais opéré, qu'il se sentait une envie démésurée d'aller se montrer à ses amis; mais comme les approches du froid se faisaient déjà sentir, et que je craignais qu'il n'arrivât quelque fâcheux accident à Lanelongue, qui à sa première sortie, n'aurait pas manqué d'aller fêter son nouveau nez au prochain cabaret, je lui fis garder le logis jusque vers le milieu du mois de décembre, époque à laquelle je lui rendis une pleine et entière liberté.

Lanelongue était arrivé chez moi, mutilé, couvert de haillons, présentant une figure horrible à voir, et rappelant celle dont Graëf a tracé

la hideuse image, dans son traité de Rhynoplastie, publié à Berlin (1). Deux mois après, il sortit avec un nez passablement beau et parfaitement solide. Sa physionomie rayonnait de bonheur, et son cœur battait d'espérance pour un meilleur avenir. Enfin la métamorphose était si complète, que ses amis eurent d'abord grand'peine à le reconnaître(2). Pendant quelques jours, il se joua même de leur étonnement : il donnait l'aumône à ses anciens camarades, qui lui tendaient la main, sans se douter à qui ils s'adressaient ; après les avoir largement rétribués, il s'amusait à leur demander des nouvelles du pauvre *rasat*, qui, dans l'argot, voulait dire *sans nez*, et ce n'était qu'après avoir préparé leur élan de surprise, qu'il *taupait* avec eux. Grand nombre des principaux habitans de la ville d'Aix, et entre autre M. l'archevêque de Carthagène, domicilié en Provence, par suite d'événemens politiques, l'aidèrent de quelques secours, ce qui lui permit de se rendre dans son pays, où

(1) *Si nasus deficit plané, qui in hoc malum ceciderunt, vitam inter mortales agunt neque vivorum hominum, sed calvarum potiùs hiantium imagines representare videntur. Conscii horroris quo cœteros adspectu suo perfundunt, miseri miseriam ipsorum adeò persentiunt, ut animo depressi citiùs ad mortem properent, neque tristioris vitæ onus diutiùs ferre cupiant.*

(Graëf. Berolini, 1818.)

(2) Il faut convenir, qu'un nez de plus, le son de voix qui avait changé, et un costume noir, qui avait remplacé les haillons dont Lanelongue était précédemment recouvert, durent en effet le rendre méconnaissable.

il désirait aller revoir ses parens et ses amis, qu'il ne devait plus craindre d'effrayer comme lors de son retour d'Espagne. J'ai revu Lanelongue en 1828 et en 1829, son nez s'est toujours bien conservé, et ne diffère des autres que parce qu'il est moins proéminent, et cerné d'une cicatrice linéaire qui, de bleue qu'elle était, a fini par devenir blanche. Quant à celle du front, elle n'offrait rien de remarquable, son extrémité supérieure se perdait sous les cheveux; sa largeur était réduite à deux lignes environ, et son extrémité inférieure correspondait à la racine du nez, où elle avait rapproché les deux sourcils.

Nous avons soigneusement rapporté tous les détails de cette intéressante opération, parce qu'elle nous a fourni l'occasion d'y rattacher tous les principes de la rhinoplastie indienne, applicable au cas d'ablation complète du nez. Dans les chapitres suivans, où nous traiterons des autres degrés de mutilation de cet organe, nous tâcherons, autant que possible, de rapporter les procédés rhinoplastiques à des observations non moins intéressantes, et qui auront l'avantage de diminuer la sécheresse ou l'ennui qui accompagnent d'ordinaire toutes les descriptions purement scientifiques. Tel est le but éminemment pratique que nous sommes dans l'intention de suivre dans le cours de cet ouvrage, afin qu'on ne puisse pas supposer que notre objet principal a été de faire l'exposition théorique de la rhinoplastie.

Pour donner un plus haut degré d'authenticité à l'observation que nous venons de rapporter, nous avons jugé convenable d'insérer l'article suivant extrait du journal de la ville d'Aix :

« Le nommé Pierre Lanelongue, natif des environs de Toulouse, âgé de trente-huit ans, reçut à la dernière guerre d'Espagne (1823) un coup de sabre qui, pénétrant entre les sourcils, lui abattit la totalité du nez, ainsi qu'une partie de la lèvre supérieure; os et cartilages, tout fut enlevé. Une blessure aussi profonde ayant déterminé une difformité des plus effrayantes, le nommé Lanelongue, devenu un objet de dégoût pour tous ceux qu'il approchait, fut bientôt réduit au dernier état de misère. Las de son existence, il se livrait au désespoir, lorsque passant à Aix, le hasard le présenta à l'observation de M. le docteur Labat, domicilié en cette ville. Ce dernier, promit à Lanelongue de terminer toute ses infortunes par la réhabilitation complète du nez qui lui manquait. Une promesse aussi consolante que désintéressée, décide à l'instant même le malheureux, auquel on fait aisément espérer une pareille réussite. Plein de confiance en notre jeune opérateur, Lanelongue supporte avec courage et résignation cette douloureuse épreuve. M. Labat lui détache du front, sur lequel on avait préalablement dessiné un modèle de nez approprié à l'air du sujet, un lambeau de chair, de forme triangulaire, ne conservant adhérence que par son sommet situé entre les sourcils; à l'instant même, il le contourne et le renverse sur l'emplacement du premier nez, où, convenablement greffé à l'aide d'incisions et points de suture, il y prend la forme, l'aspect, et y remplit aussi toutes les fonctions de l'organe qu'il est destiné à remplacer. La rhinoplastie terminée, les bords de la plaie du front furent rapprochés à l'aide de bandelettes agglutinatives, ce qui fit prendre à la cicatrice une forme linéaire absolument pareille à celle qui provient d'un coup de sabre. Pratiquée dans le

courant du mois d'octobre dernier, cette intéressante opération a été couronnée du plus heureux succès, et c'est vers la fin de décembre 1827 que Lanelongue, présenté au public de cette ville, a éprouvé une satisfaction bien vive par la peine qu'on a eue d'abord à le reconnaître.

» Aix, 7 janvier 1828.

J'ai souvent lu, et plus souvent encore entendu dire, que la peau du front, dont on forme le lambeau, n'offrant qu'une médiocre épaisseur, ne devait présenter qu'un degré de résistance, insuffisant pour conserver la forme convexe et alongée du nez qu'on cherche à imiter. Cette opinion, qui semble incontestable au premier abord, n'est cependant rien moins qu'une erreur. Nous allons tâcher de le démontrer.

D'abord, l'expérience journalière prouve le contraire, et en second lieu, des recherches spéciales sur cet objet m'ont fourni, comme je l'ai indiqué, un moyen assuré de prévenir, dans tous les cas, l'affaissement de la pointe du nez. Quelques lignes suffiront, je l'espère, pour donner une explication simple et facile de l'opinion que je viens d'émettre.

1° Il est reconnu en principe, qu'un lambeau de peau détaché du reste des tégumens par une grande partie de sa circonférence, se rétracte, suppure par sa face profonde, qui, plus tard, devient *fibreuse*, et par ce moyen acquiert de l'épaisseur et de la solidité.

Dans le cas qui nous occupe, cette face profonde ou celluleuse du lambeau présente, lorsque la cicatrice s'y est formée et rétractée, une gouttière parallèle à son axe, dont la concavité est en arrière, et la convexité en avant, où elle simule le dos du nez. Cet organe de nouvelle formation offre donc, à sa partie moyenne, un degré de résistance très-supérieur à celui que présente la peau du front dans son état normal.

2° Le sommet du triangle isocèle, formé par le lambeau, est terminé, avons-nous dit, par un angle légèrement tronqué. Les deux côtés saignans de ce sommet se trouvant en rapport immédiat, dans une certaine étendue, il s'établit entre les deux faces latérales, internes ou postérieures, une adhérence très-intime (1).

A l'aide d'un pareil résultat, le sommet du lambeau se trouve converti en une masse charnue et résistante, dans une étendue de cinq ou six lignes. La légère torsion du pédicule, quoique finissant par ne plus être appréciable à l'œil, n'en existe pas moins dans les fibres du tissu, ce qui contribue aussi à donner de la solidité à cette partie du nez.

(1) Il convient d'observer que le patron de papier étant très-mince, ne peut donner qu'une idée très-imparfaite du fait que j'avance. Mais il sera facile de le comprendre en se rappelant que la peau du front, terme moyen, a trois lignes d'épaisseur, ce qui, par l'adossement qui a lieu à la partie supérieure des deux côtés saignans, constitue vers le sommet du lambeau un cône charnu, résistant, et d'un demi-pouce de longueur.

3° Restait encore la pointe du nez dont on avait tant de peine à prévenir l'affaissement. Voici à l'aide de quel moyen je suis maintenant parvenu à y remédier : il me suffit pour cela de tailler l'appendice destiné à remplacer la cloison nasale, de la largeur de six lignes, quoique cette partie d'organe n'en offre que deux dans l'état naturel ; je la double dans sa longueur, la traverse au milieu par un point de suture qui tient en rapport les deux côtés de la surface saignante, ce qui les fait bientôt adhérer l'un à l'autre. De cette manière, je n'obtiens pas une cloison mobile comme le font la plupart des rhinoplastes, mais bien une sorte de pilier fixe, solide, un peu élargi en arrière et en avant, de manière à soutenir parfaitement la pointe du nez (1).

Après l'entière cicatrisation, si l'on presse le bout du nez, il cède aisément ; mais dès l'instant que la pression cesse, la proéminence nasale est aussitôt repoussée en avant par l'élasticité du pilier charnu, formant la cloison. Il est vrai de dire que le mouvement excentrique de ce dernier, est secondé par la texture dense et fibreuse, qui recouvre la face interne du lambeau. La concentration de cette partie tégumentaire, son *enroulement* sur sa face profonde, n'ayant pu se faire que dans sa

(1) Cette diminution d'épaisseur, vers le milieu de la cloison, imite très-bien l'état naturel : Elle est le résultat du point de suture et de l'adhérence des deux côtés, plus intime vers le centre que vers les extrémités.

partie moyenne, c'est-à-dire dans le milieu longitudinal, le point inférieur est devenu saillant, comme il convient à la pointe du nez. Cette même cause fait acquérir à cet organe de nouvelle création, une consistance assez analogue à celle que le nez reçoit de sa structure cartilagineuse.

Il faut avoir été témoin, dit M. Delpech, de ce phénomène, pour concevoir avec quelle perfection un lambeau de peau mince, presque flottant, peut acquérir de la ressemblance, sous tous les rapports, avec un nez naturel. C'est un effet vraiment admirable, qui résulte de la combinaison de l'engorgement inflammatoire du lambeau, de la suppuration et de la crispation de sa face profonde, ce dernier phénomène étant borné, par l'union immédiate des bords du lambeau, avec le contour de la brèche sur laquelle ils se trouvent greffés.

Il est facile de voir par ce court exposé que tous les moyens de support artificiel, mis en usage dans cette circonstance, ainsi que toutes les autres conditions favorables que nous avons énumérées précédemment, sont merveilleusement secondés par cette disposition du lambeau à prendre la forme saillante et alongée qu'on veut lui donner.

L'ensemble de toutes ces circonstances permet donc au nouveau nez de résister parfaitement à une pression légère, ainsi qu'au mouvement de *va et vient*, que tendraient à lui imprimer l'inspiration et l'expiration pulmonaires, comme on le voit quelquefois après certaines ulcérations véné-

riennes, qui ont miné et détruit les os et cartilages du nez, sans avoir altéré la peau qui les recouvre.

Dans le rapport fait à l'Institut (11 février 1828), par M. Geoffroy-Saint-Hilaire, sur un Mémoire de M. Lisfranc, traitant de la rhinoplastie, et que nous avons déjà cité dans un de nos chapitres précédens, il y est dit que ce dernier, empruntant, comme ses devanciers la peau du front, avait eu l'heureuse idée d'éviter la torsion de son pédicule, ce qui l'avait par conséquent dispensé d'y remédier plus tard. Pour cet effet, ajoute M. le rapporteur, il prolongeait son incision trois lignes plus bas à gauche qu'à droite.

Il n'est point étonnant que les mêmes circonstances m'aient suggéré, ainsi qu'à M. Lisfranc, des moyens à peu près analogues d'y remédier. Mais j'avoue de bonne foi, qu'en agissant de la sorte, en 1827, je n'avais d'autre but que de rendre plus facile le renversement du lambeau et de diminuer la torsion de son pédicule : le hasard seul me fit découvrir le second avantage, qui était de rendre inutile la section de cette partie.

Afin de rafraîchir et rendre saignans, les tissus sur lesquels devait s'appliquer le lambeau du front, M. Lisfranc pratiqua le long de leur bords une incision qui divisa perpendiculairement la peau, et dont il disséqua légèrement la lèvre externe, de manière à obtenir une rainure assez large pour y enchâsser parfaitement les bords du nez artificiel. Par excès de précaution, dit M. de

Saint-Hilaire, des bandelettes agglutinatives légèrement serrées, furent mises en usage, et par ce moyen, l'opérateur a évité la suture, dont l'emploi est douloureux, et qu'il devait d'ailleurs rejeter, à cause des nombreuses cicatrices anciennes que présentait la face de son malade.

La preuve que les bandelettes sont loin de pouvoir suppléer aux points de suture, toujours moins douloureux qu'on ne le pense, et d'une facile exécution, c'est que chez le nommé Eval, qui fait le sujet de cette observation, la réunion ne s'opéra d'abord que d'un côté, et que la suture devint nécessaire pour l'adhésion de l'autre.

Dans cette même circonstance, M. Lisfranc voulant procurer au nouveau nez, un point d'appui qui pût le soutenir jusqu'à parfaite cicatrisation, plaça dans l'ouverture des fosses nasales, un tampon triangulaire, faisant saillie en avant, et formé avec de la charpie bien serrée, par le moyen d'une compresse convenablement disposée. Il se servit aussi, ajoute M. Geoffroi de Saint-Hilaire, de deux rubans de plomb laminé, qu'il roula sur eux-mêmes, et à l'aide desquels il maintint dilatées les ouvertures des narines. Il fut engagé à l'emploi de tous ces supports externes et internes, parce que le malade avait, non-seulement perdu les os propres du nez, mais encore une partie des branches montantes des os maxillaires avait été cariées.

On voit que les plumasseaux de charpie que nous avons appliqués au-dehors, et les bourdonnets que

nous introduisîmes dans chaque ouverture des narines, et qui plus tard furent remplacés par des bouts de sondes de gomme élastique, remplirent absolument le même but, et durent nous présenter les mêmes avantages. Ce n'est qu'à l'aide de ce dernier moyen, convenablement employé, que j'empêchai les ouvertures nasales de s'oblitérer, par l'épaississement qu'acquièrent leur bords.

Chez un second sujet opéré par M. Lisfranc, tout annonçait un nouveau succès, lorsque la mort, causée par une maladie tout-à-fait étrangère à l'opération, trompa malheureusement les espérances de l'opérateur.

Enfin, il est un grand nombre de détails opératoires qu'on ne peut guère relater, parce qu'ils ne sont réellement appréciables qu'au moment de leur application. La plupart d'entre, eux sont souvent dépendans du goût et de l'adresse du chirurgien.

Ainsi, une petite excision pratiquée sur le bord libre de la nouvelle aile du nez, au moyen de ciseaux courbes sur leur plat, donne à cette partie une forme plus naturelle, procure une cicatrisation en forme de courbure, ce qui rend la dilatation des narines plus facile et plus durable. A l'aide de cette excision complémentaire, la cloison nasale devient apparente sur le côté comme dans l'état normal.

Nous avons précédemment recommandé, lors de la dissection des deux tiers inférieurs du lambeau, de pratiquer l'incision obliquement en

dehors, de manière que la peau fût plus coupée aux dépens de sa face épidermoïque, qu'aux dépens de sa face profonde. Ce précepte, dont l'utilité a été indiquée au commencement de cet article, n'est pas plus applicable à l'appendice quadrilatère qui est destiné à tenir la place de la cloison nasale, qu'aux parties du lambeau qui doivent servir à former les ailes du nez. Il convient au contraire d'y faire l'incision obliquement en dedans, c'est-à-dire, plutôt aux dépens de la face profonde, que de la face externe. A l'aide de cette précaution, l'on obtient sur le dernier de ces deux points une cicatrisation, qui, par le sillon qu'elle détermine au pourtour extérieur de l'aileron du nez, forme une bosselure en relief qui imite parfaitement bien cette partie bombée du nez. Pour ce qui est de la cloison nasale, la direction oblique en dedans de l'incision, facilite l'agglutination intime des deux côtés de l'appendice, qui, par cette disposition facile à obtenir, à l'aide du point de suture dont nous avons parlé, se trouve converti en une colonne charnue, qui sépare les ouvertures des narines, et qui soutient la pointe du nez.

Telle est l'opération que nous avons pratiquée avec un succès complet. Pour ce qui est des moyens d'exécution, nul doute qu'un très-habile opérateur n'aura besoin de prendre conseil que des circonstances qui se présenteront dans le courant de l'opération; mais nous, qu'une rectitude de méthode peut seule diriger dans les cas difficiles; nous, qui avons

soin de raisonner *à priori* la plupart de nos mouvemens opératoires, d'en calculer à l'avance tous les résultats, nous n'oserions point, malgré nos connaissances spéciales sur cet objet, entreprendre aucun de ces procédés rhinoplastiques, sans au préalable en avoir répété l'application sur le cadavre. Il est facile, dans un amphithéâtre d'anatomie, d'imiter avec exactitude toutes les mutilations du nez, ce qui offre la facilité de s'exercer quelques jours auparavant, au manuel de l'opération rhinoplastique, afin de pouvoir en apprécier toutes les difficultés, et apprendre les moyens d'y obvier.

J'ai cru nécessaire d'entrer dans tous ces détails, qui pourront paraître minutieux aux yeux du lecteur inattentif; mais les hommes de l'art comprendront, je l'espère, que je ne devais point les omettre, parce qu'il faut prémunir ceux qui auraient à pratiquer cette opération délicate contre les nombreux accidens qui peuvent en augmenter les difficultés et en empêcher la réussite.

Afin de compléter l'exposition de la méthode des *Koomas*, dans son application aux cas d'ablation totale du nez, nous avons jugé utile de rapporter l'observation en entier de la rhinoplastie, pratiquée par M. Lisfranc, en 1826, chez le nommé Eval, l'un des braves de notre grande armée. D'ailleurs, l'histoire que nous allons faire de cette opération, nous fornira l'occasion d'apprécier, à sa juste valeur, les objections que M. Blandin a

cru devoir adresser à son auteur, ainsi que la critique trop-amère que M. Arnal a dirigé contre lui. J'espère, en outre, que l'affreuse mutilation à laquelle il fallut remédier, offrira un haut degré d'intérêt au lecteur, non-seulement parce que ce fut le premier essai de ce genre, fait à Paris, mais encore parce qu'il nous montrera, de quelle nature ont été ces premières tentatives rhinoplastiques.

Observation d'une rhinoplastie pratiquée dans un cas d'absence complète du nez, par M. Lisfranc, chirurgien en chef de la Pitié.

Afin de n'omettre aucune des circonstances essentielles de cette opération, nous en emprunterons les détails au rapport fait à l'Institut, par M. Geoffroi Saint-Hilaire, et que M. Rousset a consignés dans sa thèse, présentée en 1828, à la Faculté de médecine de Paris. La rédaction de cette observation nous y a paru plus détaillée que dans le mémoire sur la rhinoplastie, lu par M. Lisfranc à la séance annuelle de l'Académie de médecine, et inséré dans son deuxième fascicule, page 156.

Le nommé Jean Eval, âgé de trente-six ans, d'une bonne constitution, ayant fait partie du corps d'armée française qui avait pénétré au fond de la Russie, languissait depuis treize ans, victime hideuse de cette mémorable campagne; son nez y

fut congelé; ses oreilles, ses pieds, le furent en partie. L'ulcère qui résulta de la chute du nez, faisant toujours des progrès, ne se cicatrisa entièrement qu'au bout de douze ans.

Voici quel était son état lors de sa rentrée en France : au milieu du visage, à la place qu'avait occupée le nez, existait une grande cavité qui communiquait dans le pharynx; l'intérieur en était d'un rouge vif velouté; les os propres du nez, une partie des apophises montantes du maxillaire supérieur, la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, le vomer, le cartilage triangulaire, les cornets supérieurs, moyens et inférieurs, avaient été détruits par la carie : les yeux étaient larmoyans, les paupières éraillées, les fibro-cartilages tarses un peu ulcérés; tous les cils étaient tombés. Les conjonctives palpébrales formaient un gros bourrelet saillant, rougeâtre, sur lequel coulaient les larmes, qui se répandaient sur les joues, où elles déterminaient des rougeurs et des excoriations. L'olfaction n'existait plus depuis la perte du nez. Le voile du palais avait perdu une partie de ses mouvemens.

Eval, naguère si considéré de ses compagnons d'armes, naguère si heureux, s'était, depuis 1813, retiré dans le village qui l'avait vu naître. Il y vivait sequestré de la société : sa figure était si hideuse! son aspect inspirait tant de dégoût!....... Nulle indulgence même de la part de ses anciens amis; on s'éloignait de lui comme d'un spectacle dont on ne pouvait supporter la vue. Il était

enfin repoussé de tous les ateliers, et par conséquent réduit à une extrême misère.

Le principal propriétaire du village, M. Delaborde d'Estouteville, prit pitié d'Eval; il le recueillit, le conduisit à Paris et le confia aux soins de M. Lisfranc.

Arrivé à l'hôpital de la Pitié, ce malheureux offrait un aspect si dégoûtant, qu'on fut obligé de mettre une compresse sur sa figure, afin de soustraire cette horrible mutilation aux regards des autres malades.

Quoiqu'Eval demandât instamment qu'on l'opérât, ce ne fut qu'après un mois de séjour, de désir et d'attente, qu'on se décida à entreprendre cette opération rhinoplastique si impatiemment attendue.

M. Lisfranc chargea le plus adroit de ses élèves de faire un nez artificiel pour soutenir provisoirement le lambeau de peau qui devait former le véritable nez. On enfonça la partie moyenne d'une compresse dans les fosses nasales, l'on mit ensuite dans l'intérieur de cette compresse assez de bourdonnets de charpie pour faire au-devant de la face une éminence de la forme d'un nez; les bouts de la compresse furent ramenés sur la charpie et fixés par quelques points de couture.

Le malade fut ensuite conduit dans la salle d'opération, et devint de nouveau l'objet de la curiosité des nombreux élèves qui désiraient assister à cet essai rhinoplastique.

M. Lisfranc ayant trouvé ce nez artificiel trop

gros, pratiqua transversalement une couture à sa base, afin de la rétrécir. Alors, prenant avec une feuille de carton, la mesure de peau nécessaire pour la formation du nez, il appliqua ce patron sur le front et traça autour, avec de l'encre, une ligne pour guider le bistouri (1). Il incisa sur cette ligne, et obtint un lambeau triangulaire dont le sommet correspondait à la racine du nez, et dont la base était dirigée vers le front. Cette dernière présentait sur la ligne médiane un appendice long d'un demi-pouce, qui avait été taillée dans le cuir chevelu, et devait former la sous-cloison du nez. La dissection fut dirigée de haut en bas, en ayant soin de laisser au lambeau, pour sa nutrition, tout le tissu lamelleux qui existe entre le muscle frontal et le péricrâne. On disséqua jusqu'au sommet du lambeau, qu'on eut soin de laisser en communication avec les tégumens de la partie médiane et inférieure du front. L'incision fut prolongée trois lignes plus bas au côté gauche qu'au côté droit, afin qu'en renversant le lambeau, son pédicule fût moins tordu, et que les vaisseaux de communication du lambeau avec le reste de la peau

(1) Dans son mémoire sur la rhinoplastie, M. Lisfranc propose de substituer à l'encre, dont le tracé peut être effacé par l'écoulement du sang, le nitrate d'argent fondu dont la trace noire et indélébile sur l'épiderme, met par conséquent à l'abri de tout tâtonnement. Nous avons fait observer, à l'occasion de Lanelongue, que le dessin tracé avec une bonne encre qui a du mordant, et la précaution qu'il faut avoir d'inciser du bas en haut, suffisent pour prévenir toute inquiétude à cet égard.

du front, étant moins comprimés, la circulation fût plus facile et la gangrène moins à craindre. A l'aide de cette disposition, l'incision droite, trois lignes moins étendue que la gauche, laissait adhérer le lambeau par la partie inférieure de bord seulement (1).

M. Lisfranc fit ensuite, sur chaque côté de l'ouverture nasale, le long de ses bords cicatrisés, une incision profonde de deux lignes et demie; il en résulta une rainure assez large pour recevoir les bords du lambeau; une troisième incision fut pratiquée au bord adhérent de la lèvre supérieure, pour la sous-cloison des narines.

La plaie du front, fournissant beaucoup de sang, on y appliqua quatre ligatures; une cinquième fut pratiquée au lambeau. M. Lisfranc fit observer que l'hémorrhagie de cedernier devait être arrêtée, pour qu'on eût moins à craindre sa gangrène; mais surtout, afin que la formation des caillots de sang ne devînt pas un obstacle à la réunion par première intention. L'hémorrhagie ayant cessé, on enleva tout le sang qui s'était figé dans les incisions et autour du lambeau; on rabattit celui-ci sur le nez artificiel, en le renversant par une légère torsion de son pédicule; enfin, on l'appliqua avec une précaution telle, que ses bords fussent

(1) Afin d'éviter par ce moyen, dit M. Lisfranc, la section du pédicule du lambeau, tandis que dans le cas contraire le nouveau nez ne recevant sa nutrition qu'à travers des cicatrices récentes, trop faibles et par conséquent peu vasculaires, celles-ci n'ont quelquefois pu s'opposer pendant les froids rigoureux, à la gangrène, qui a détruit complètement le nez artificiel. Graëff a été témoin d'un pareil malheur.

enchâssés dans les incisions préalablement faites autour de l'ouverture nasale, où ils furent fixés par des bandelettes agglutinatives. On ne put jamais parvenir à mettre dans l'incision transversale inférieure, le petit prolongement du lambeau destiné à former la sous-cloison des fosses nasales, sans faire sortir des incisions latérales les bords de ce lambeau. M. Lisfranc aima mieux attendre la cicatrisation complète et solide des bords du nez avec la partie interne des joues, afin d'avoir à cette époque plus de facilité à réunir la sous-cloison à la lèvre supérieure. Nous verrons plus loin qu'un second motif dut faire aussi ajourner l'insertion du bout de l'appendice à la lèvre supérieure.

Une compresse fenêtrée enduite de cérat, fut placée sur la plaie du front, dont les bords avaient été un peu rapprochés par deux bandelettes agglutinatives; cette compresse était percée de deux ouvertures au niveau des yeux. De la charpie et des compresses fines, mises par-dessus, furent maintenues par plusieurs tours de bande, disposés de manière que le nouveau nez ne fût point comprimé.

Huit jours après, la réunion s'était faite dans tout le côté droit, et seulement dans le tiers supérieur du bord gauche; elle avait manqué dans les deux tiers inférieurs, parce que la face interne ou postérieure du nouveau nez, suppurant dans tous les points immédiatement appliqués sur le moule de charpie, le pus ne trouvant point d'issue ni par

les ouvertures antérieures, ni au travers des ouvertures postérieures des fosses nasales, soulevait le bord gauche du nouveau nez et empêchait son contact avec la rainure nasale correspondante. Le bord droit du lambeau (devenu gauche par le renversement de ce dernier) ne se trouvant pas en rapport immédiat, avec l'incision dans laquelle il aurait dû être enchâssé, M. Lisfranc exerça sur le lambeau une légère compression pour en faciliter la réunion; mais le nez devint épaté, et le bord gauche n'en continua pas moins à sortir de l'incision dans laquelle il avait été mis, et se porta toujours en dehors. Les bandelettes agglutinatives devenant inutiles parce que le pus les décolait, on eut alors recours à une espèce de ressort qui, par son élasticité, empêcha le nez de s'élargir. Cependant la suppuration continuant à être abondante et soulevant toujours le bord gauche, la cicatrisation resta longtemps sans faire de sensibles progrès.

M. Lisfranc, voyant échouer tous les moyens tentés pour la réunion de ce côté gauche, se décida à employer la suture. Il détruisit les adhérences qui tendaient à réunir entre eux les deux côtés de la face postérieure du nouveau nez, et pour que le pus eût une issue facile, il ôta le nez artificiel, renouvela l'incision du bord gauche de l'ouverture des fosses nasales, raviva le bord correspondant du lambeau, et y pratiqua deux points de suture, en ayant soin d'embrasser assez de parties molles entre les anses du fil, pour opposer une résistance

suffisante à cette force, qui tendait sans cesse à faire sortir de sa charnière ce bord gauche du lambeau.

Cette dernière opération, dit M. Rousset, *eut un plein succès : la réunion se fit dans toute l'étendue du bord gauche, qui jusque-là avait présenté tant de difficultés* (1).

Les fils de suture ne furent ôtés qu'au bout de quinze jours. Cependant la cicatrice ne s'étant pas faite extérieurement, on employa plus tard la pommade épispastique pour excorier les parties, et les mettre dans un état convenable à la réunion, qui finit par devenir entière et solide, peu de temps après.

Enfin ce ne fut qu'un mois plus tard, que M. Lisfanc dégagea le petit appendice qui adhérait à la face postérieure du lambeau, il en rafraîchit les bords, et enchâssa son extrémité dans l'incision transversale pratiquée à la partie correspondante de la lèvre supérieure.

Cette dernière opération, extrêmement délicate, fut difficile ; on passa transversalement un petit cylindre de bois dans l'ouverture antérieure des narines, derrière la fausse cloison, pour empêcher que ce petit lambeau se portât en arrière et se ci-

(1) Comment accorder cette citation de M. Rousset, reproduite par M. Velpeau et autres, avec le passage suivant inséré par M. Lisfranc, dans son mémoire sur la rhinoplastie : « *Je tentai quelques points de suture qui, comme je l'avais présumé, échouèrent, parce qu'ils étaient placés en dehors, dans l'épaisseur de cicatrices anciennes et profondes?* »

catrisât de nouveau avec la face postérieure du nez; deux petits rubans de plomb roulés sur eux-mêmes, et présentant à leur extrémité inférieure un crochet pour empêcher leur chute dans l'arrière-gorge, furent introduits dans les fosses nasales, pour tenir leur cavité libre. La guérison ne se fit point attendre.

Eval était cependant, dans des conditions défavorables au succès de l'opération: les os constituant la charpente du nez ayant été détruits par la congélation, qui avait envahi la plus grande partie de la face; en outre la peau du front couverte d'anciennes cicatrices, devait nécessairement contenir une moindre quantité de vaisseaux, puisque ces cicatrices sont toujours moins vasculaires que la peau.

Avant que la cicatrisation fût achevée, l'olfaction était nulle, et l'on pouvait inciser et piquer avec une épingle le nouveau nez, sans qu'Eval en eût conscience. On a aussi rafraîchi souvent les bords du lambeau, sans déterminer la moindre douleur, quoiqu'il coulât une assez grande quantité de sang.

Mais aussitôt que la réunion a été complète la sensibilité s'y est rétablie. Frappé sur le milieu du front, la sensation de ce contact était ressentie par le nouveau nez; et *vice versâ.*

Eval a recouvré l'odorat ; ses paupières ne sont plus éraillées, ni ses yeux humides; les larmes ne coulent plus sur les joues, sa voix a cessé d'être

nasillarde, son timbre est ferme; la plaie du front, d'abord large de trois pouces à sa base, s'est terminée par une cicatrice linéaire. Eval saisit son nez avec un mouchoir, le tire dans toutes les directions sans le moindre inconvénient, le fait jouer à droite et à gauche, et le remplit avec sensualité de tabac. Il ne possède donc pas un simple simulacre de nez, mais un nez réel.

En terminant son mémoire sur la rhinoplastie M. Lisfranc fait observer « que, d'après les modifications qu'il a apportées à cette opération, il a refait un nez presque à l'état normal ; qu'il a rendu au malade le sens de l'odorat ; que sa voix est devenue plus sonore et a cessé d'être nasillarde; qu'enfin cette restauration de nez a encore guéri Eval d'une double tumeur lacrymale. »

Il semblerait, d'après cette observation, que la modification la plus importante que M. Lisfranc ait apportée dans la rhinoplastie indienne par le procédé des Koomas, consiste à éviter la torsion et la section du pédicule du lambeau qui, pendant les premiers jours qui suivent l'opération, est l'unique endroit par où le nez reçoit la vie.

Mais, comme l'observe judicieusement M. Blandin, cette importante modification a été depuis long-temps mise en usage par M. Laliemand de Montpellier, pour la restauration de la joue et de la lèvre inférieure.

Voici en effet ce que m'écrit M. le professeur Lallemand à propos de cette opération, qu'il a

pratiquée il y a un dixaine d'années. » J'ai fait, me dit-il, une moitié de joue et de lèvre inférieure, chez une petite fille qui était hideuse, ayant perdu ces parties à la suite d'une pustule maligne; j'ai pris mon lambeau dans la peau du col et l'ai appliqué *sans le tordre et par conséquent sans avoir besoin de couper le pédicule*. La difformité a cessé et la cicatrice ressemble aujourd'hui à une brûlure superficielle. » Certes personne ne suspectera la véracité de M. Lallemand, qui est le type des écrivains consciencieux. D'ailleurs on peut consulter, pour plus amples détails de l'observation que je viens d'indiquer, le *journal universel* des sciences médicales de cette époque.

D'après l'exposé que nous venons de faire, cette question ne saurait rester plus long-temps en litige. Nul doute que M. Lisfranc n'ait le droit de réclamer la priorité pour l'application de ces principes, à la rhinoplastie indienne par le procédé des Koomas, mais il ne saurait en revendiquer la découverte, puisque ce n'est qu'une imitation de l'opération *cheiloplastique* (1) du professeur Lallemand.

D'après cela, on ne saurait disconvenir que, puisque M. Lisfranc n'est pas en droit de revendiquer la découverte de ce mode opératoire, qui a été employé à Montpellier depuis plus de dix ans, on ne doit pas non plus l'attribuer à

(1) Dérivé de *cheilos* lèvre, et plattein, former; ou régénération de la lèvre.

M. Blandin. C'est donc par inadvertance que M. Arnol a inséré dans un article du *Journal hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, juillet 1832, *que la modification apportée dans la rhinoplastie, par M. Blandin, consiste à ne pas couper le pédicule du lambeau.*

Le procédé de ce dernier opérateur consiste, comme dans celui des Koomas, à prolonger également en bas les deux incisions latérales du lambeau; à laisser adhérer celui-ci par sa pointe, à le rabattre en bas, après avoir tourné son pédicule sur son axe et dirigé ainsi sa face cutanée en dehors; *à coller plus tard le pédicule du lambeau sur les os propres du nez, après avoir enlevé la peau qui les recouvrait.*

Il compte donc deux temps distincts : 1° l'agglutination des bords du lambeau à la base du nez ; 2° l'ablation de la peau de la racine du nez, et agglutination du pédicule du lambeau, sur les os propres du nez. Le second temps ne doit être exécuté que vingt ou trente jours après le premier, afin de conserver jusqu'au moment où l'agglutination des parties sera entière, les vaisseaux sanguins qui, de la peau de la racine du nez, remontent dans le pédicule du lambeau.

Il est évident, observe l'auteur d'un article rhinoplastique inséré dans la *Gazette médicale* du 11 mai 1833, *que le procédé de M. Lisfranc expose à une torsion bien moindre, par conséquent à une difformité moins considérable et à de moindres chances de gangrène. M. Blandin fait valoir la*

conservation des deux branches frontales des artères ophthalmiques ; mais M. Lisfranc les garde aussi bien que lui. Enfin il faut ajouter que l'avantage de la conservation du pédicule, pour la nourriture du lambeau, disparaît presque en entier dans le procédé de M. Blandin, lorsqu'il enlève les tissus sous-jacens au pédicule et lui laisse à peine de chaque côté, une très-mince languette d'adhérence naturelle à la peau du front.

En résumé, la modification de M. Blandin consiste à réunir le pédicule du lambeau aux os du nez, tandis que dans le procédé de M. Lisfranc. il y a une portion de la peau du pédicule, qui repose sur une surface cutanée où elle ne peut contracter adhérence.

Je ferai remarquer à MM. Lisfranc et Blandin, qu'à l'aide de mon procédé, j'ai l'avantage de terminer l'opération en une seule séance, parce que je n'ai nul besoin du gros tampon artificiel, qui oblige de différer l'implantation de la cloison nasale sur la lèvre inférieure, et que rien ne me démontre la nécessité du greffement postérieur du sommet du lambeau, qui nécessite la dénudation de toute la peau qui recouvre les os du nez. D'ailleurs comment pourrait-on faire l'application de ce dernier principe, dans le cas où il y aurait absence complète de ces parties osseuses, comme chez Eval et Lanclongue?

M. Arnal fait encore remarquer à M. Lisfranc qu'en enfonçant dans les fosses nasales, une compresse remplie de charpie pour former un

soutient nasal, il s'expose à tailler le lambeau trop court pour recouvrir la proéminence nasale qu'il vient d'établir. Dès-lors, soit que l'on ait recours à la suture ou aux bandelettes agglutinatives, on ne peut obtenir une exacte réunion, parceque, dans le premier cas, les fils couperaient la peau, et parce que dans le second les bandelettes seraient impuissantes pour maintenir les parties en contact immédiat. Encore une fois, ajoute M. Arnal, il serait difficile de rencontrer juste les dimensions que doit avoir le lambeau pour recouvrir exactement l'éminence offrant la forme du nez. Il y a plus ; c'est que la contractilité du lambeau étant sujette à varier, on ne saurait, *a priori*, en calculer toute l'étendue; en conséquence l'on ne peut compter sur l'exacte proportion de ce moule. S'il est trop petit, on aura pris une peine inutile en le construisant, puisqu'on sera obligé d'introduire de nouveaux bourdonnets de charpie. S'il est trop grand, il faudrait, pour retirer la charpie, découdre la compresse, et c'est ainsi que l'on prolongerait une opération qui, par elle-même, n'est déjà que trop longue. Mais le vice radical de ce nez de charpie, c'est que l'on ne peut le retirer qu'après la réunion très-avancée des bords du lambeau et qu'il n'est possible de s'occuper de la cloison nasale, qu'après avoir fait disparaître ce soutien artificiel. Or, voici, ajoute M. Arnal, la conséquence de ce retard : c'est que la cloison revient fortement sur elle-même, la supuration en détruit une partie, et par ces deux causes réunies, elle se trouve trop courte lorsque

le temps est venu d'en faire la réunion. Enfin, en admettant même qu'on parvînt à l'établir, ce ne serait jamais qu'aux dépens de la régularité du nez, car cette cloison, si tardivement implantée sur la lèvre, ne pourrait qu'affaisser l'extrémité nasale.

En effet, nous venons de voir que la plupart de ces inconvéniens ont eu lieu chez le nommé Eval, ce qui a augmenté et prolongé les difficultés de l'opération; aussi, M. Lisfranc convient-il qu'il a eu grand'peine à établir sa sous-cloison, qui s'était raccourcie et avait contracté adhérence avec la face postérieure du lambeau; que l'agglutination du bord gauche s'est long-temps fait attendre, et qu'il n'a pu l'obtenir qu'au moyen d'un ressort à compression, de points de suture, et même en faisant usage de la pommade épispastique.

M. Delpech, qui avait également fait l'essai d'un moule de nez, préparé avec une espèce de mastic, eut bientôt reconnu tous les inconvéniens que nous venons de signaler, ce qui lui en fit abandonner l'usage. Aussi, M. le docteur Caron du Villards, l'un des élèves distingués de M. Lisfranc, m'a-t-il assuré que ce dernier avait fini par abandonner l'emploi de ce tampon de charpie.

Au reste, pour mieux compléter le parallèle des trois procédés que nous venons d'exposer, nous allons rapporter aussi succinctement que possible, l'opération rhinoplastique, pratiquée, l'an dernier, par M. Blandin, et dont M. Arnal a in-

séré l'intéressante observation dans le *Journal hebdomadaire*, juillet 1832.

Durant la terrible mêlée de Waterloo, le nommé Gressan reçut, de la main d'un Anglais, un violent coup de sabre, qui lui emporta la totalité du nez, et lui coupa presque entièrement la lèvre supérieure. Le coup fut si vigoureusement appliqué, que les cinq dents moyennes de l'arcade dentaire supérieure furent détachées avec une partie de la portion antérieure de leurs alvéoles respectives. Cependant, malgré cette énorme blessure, et la grande quantité de sang qui s'écoulait, Gressan tint bon ; et, sans s'inquiéter de son nez, qui était tombé à ses pieds, il eut encore assez de forces pour donner la chasse à son meurtrier, qu'il atteignit, et par la mort duquel il tira vengeance de la cruelle perte qu'il venait de faire.

Gressan, conduit à l'hôpital, quelques points de suture furent appliqués à la lèvre supérieure, qui pendait au-devant de la bouche. Les deux angles étant restés adhérens, et recevant encore les artères coronaires, la lèvre se trouva dans les conditions les plus favorables pour une réunion prompte et facile. En effet, cette agglutination fut complète en très-peu de temps; mais le nez manquait en totalité. Pour remédier à cette hideuse difformité, le malade se fit faire un nez d'argent, qui, d'abord, l'incommoda beaucoup : il finit cependant par s'y habituer.

Quelques années plus tard, un chirurgien dis-

tingué de Rouen ayant proposé à Gressan de remplacer son nez postiche, par un nez en nature, lui pratiqua une espèce de rhinoraphie, à peu près semblable à celle dont parle Galien, et que nous avons mentionnée au chapitre *Rhinoplastie des anciens.*

Il tailla, à partir de la racine du nez, et le long de la partie latérale de chaque pommette, un lambeau de peau, qui, avivé et disséqué, fut rapproché du côté de celui opposé, sur la partie moyenne du nez. La réunion eut lieu; mais d'après l'avis du malade, la difformité fut pire qu'avant l'opération.

C'est dans des circonstances aussi peu favorables, que M. Blandin vint à le rencontrer, et proposa de lui faire un nouveau nez, mieux raccoûtré; mais le premier essai avait été si peu encourageant qu'il fut difficile de déterminer Gressan à une nouvelle tentative. Cependant M. Blandin lui ayant présenté un individu qu'il avait opéré avec succès, l'échantillon lui plut et le décida à l'instant.

Nous ne nous arrêterons point à décrire minutieusement la manière dont M. Blandin a procédé, ce serait tout à fait inutile. Il a agi comme dans tous les cas où la peau du front est empruntée, pour être rabattue sur l'emplacement du nez qu'elle doit remplacer. Il nous suffira donc de rapporter les circonstances principales de cette opération.

La dissection du lambeau frontal, rapporte

M. Arnal, fut faite de manière que le renversement sur lui-même s'effectuât facilement, et dispensât plus tard de couper le pédicule adhérent, sansqu'on eût, du reste, à redouter trop de difformité. Après avoir fait tourner le lambeau sur son axe, et dirigé ainsi sa face cutanée en dehors, on appliqua ses bords sur des incisions pratiquées à la base de l'ancien nez, et l'on fit les points de suture qui furent jugés convenables. On procéda ensuite au pansement convenable; mais nous en dirons peu de chose, parce qu'il peut varier, suivant le but que se proposent les opérateurs et suivant leur degré d'habileté.

Une circonstance particulière, et qu'il convient de noter, c'est qu'à peine le lambeau fut-il disséqué, que l'appendice, qui est le point le plus éloigné de l'adhérence, et qui devait former la cloison nasale, devint le siége d'une hémorrhagie assez abondante. C'était une garantie rassurante que le lambeau portait avec lui tous les élémens nécessaires à sa nutrition.

La plaie du front fut pansée à plat et comme une plaie simple: une petite compresse graduée, dont on devine facilement l'effet, fut appliquée le long de chaque côté du nouveau nez; chacune d'elles était maintenue par une bandelette de diachylon, qui partait du front, et se croisait sous le nez, de manière que la gauche était dirigée vers la commissure droite des lèvres, et la droite vers celle du côté gauche. En même temps

une autre bandelette correspondait vers le milieu de sa longueur à la base du nez, et venait croiser ses deux extrémités au niveau de la région moyenne du front. Elle avait pour effet de maintenir relevée cette portion du nez, qui tend continuellement à s'affaisser et de permettre à cet organe, de se consolider en conservant la forme la plus naturelle. M. Blandin plaça dans chaque narine des boules de charpie, qu'il maintint au moyen de la dernière bandelette de diachylon, dont nous venons de parler.

Les premiers jours qui suivirent l'opération, l'inflammation fut vive, la réaction profonde et violente. Un délire presque furieux s'en suivit : des saignées copieuses et fréquemment réitérées, ainsi que tous les autres antiphlogistiques énergiques, eurent bientôt raison de ces symptômes menaçans. En peu de temps le calme fut revenu et la plaie du front rentrée dans des conditions favorables à une facile cicatrisation.

Les points de suture ne furent suivis d'aucun accident, et la réunion du lambeau eut lieu aussi promptement qu'on y avait compté.

Cependant, environ un mois après l'opération, sans cause connue, et au moment où l'on s'y attendait le moins, un érysipèle se manifesta à la pommette gauche ; il gagna promptement en étendue, et ne tarda pas à arriver au niveau de la réunion du nouveau nez. L'intensité et la rapidité de cette inflammation firent craindre un instant pour

celui-ci : il fut atteint en effet; la rougeur et la tuméfaction s'en emparèrent ; mais un traitement bien dirigé parvint facilement à dominer l'inflammation. Cette complication si redoutable n'eut aucun fâcheux résultat.

La torsion que le pédicule avait éprouvée par suite du renversement, n'ayant pu permettre le contact immédiat, à partir de ce point d'adhérence, jusqu'à un demi-pouce environ en allant vers la base du nez, cet espace ne put se réunir. C'était à cet endroit, comme on le sait, que les chirurgiens rhynoplastes pratiquaient la section du pédicule, lorsqu'ils avaient acquis la conviction que l'agglutination étant complète, le lambeau n'avait plus besoin, pour vivre, du secours des vaisseaux qui provenaient du pédicule.

M. Blandin, qui était pleinement convaincu des inconvéniens de cette section, s'en dispensa et procéda de la manière suivante, pour effacer l'espèce d'arcade formée par cette torsion du pédicule. Il aviva, à l'aide du bistouri, la portion des bords du lambeau qui, à cause de son éloignement, s'était cicatrisée sans avoir pu contracter adhérence avec la partie correspondante de la peau, située sur chaque apophyse montante des maxillaires supérieurs. Il aviva aussi, ajoute M. Arnal, cette dernière partie des tégumens, et cela fait, ces bords saignans furent maintenus en contact, au moyen d'un bandage légèrement compressif. Peu de jours après, la réunion fut parfaite, et le succès complet.

L'exposition que nous avons faite des trois procédés rhinoplastiques, applicables aux cas d'ablation complète du nez, offrent, sans doute, des circonstances notables qui les différencient entre eux; mais comme il ne nous convient pas de décider lequel des trois mérite la préférence, puisqu'ils ont tous réussi, le premier, sur le nommé Lanelongue; le second, sur le sieur Eval; et le troisième enfin, sur le soldat de Waterloo, nous avons jugé convenable de rapporter avec impartialité ces trois observations, afin que le lecteur puisse faire choix du procédé opératoire qui lui paraîtra le plus complet, et par conséquent le plus susceptible de faire obtenir d'heureux résultats. Une dernière réflexion que je ferai à cet égard, c'est qu'il faut bien se rappeler qu'après une première opération très-douloureuse, les malades ont en général une répugnance excessive pour en supporter une seconde, pour si minime qu'elle soit, et quelque puissent en être les avantages. Mon opéré Lanelongue était dans cette disposition morale, de telle sorte qu'il fallait à chaque pansement le rassurer sur ce point important.

Lorsqu'il faut subvenir à l'ablation, ou à la destruction ulcérative du lobe nasal.

Les cas de cette nature étant plus fréquens que ceux de la perte entière du nez, de là vient que la plupart des méthodes et procédés rhinoplastiques proposés et mis en usage jusqu'à

ce jour, n'ont été appliqués qu'à ce genre de difformité. L'histoire nous apprend que la loi des Lombards, qui ordonnait la perte du nez pour punition d'une récidive de vol, prescrivait d'exécuter cette mutilation à l'aide d'*el rasojo* (rasoir) : on ne pouvait, par conséquent, exciser que la partie charnue et cartilagineuse de cet organe. La section était pratiquée de haut en bas, immédiatement au-dessous des os du nez. Il en fut de même des nombreuses mutilations nasales ordonnées par voie judiciaire tant en Orient qu'en Occident. On pourrait encore trouver des documens assez curieux sur cet objet, en compulsant les archives *de la cour d'amour* (tribunal formé de juges éminemment amovibles, puisqu'il fallait que les dames châtelaines qui le composaient, fussent toutes jeunes et belles). Ce fut dans le douzième siècle que cette cour, dont les arrêts étaient sans appel, décréta une loi qui enjoignait aux chevaliers et aux troubadours *de couper le nez à tout vilain qui oserait attenter à l'honneur des dames* (1).

Quant aux causes générales de cette mutilation nasale, elles sont absolument les mêmes que celles

(1) On ne lira peut-être pas sans intérêt les noms, titres et qualités des *nobles suzeraines* de la ville d'Aix, qui votèrent cette singulière *loi d'amour*. Le procès-verbal de la séance nous apprend qu'elle eut lieu sous la présidence de dame *Élise de Turenne*, assistée des comtesses de *Forcalquier*, de *Blacas*, de *Simiane*, de *Villeneuve*, de *Montfort*, de *Castellane*, etc., *et d'un grand nombre de messires chevaliers ayant tous combattu les Sarrazins en Terre-Sainte.* (Histoire de Cabestaing, page 80.)

que nous avons énumérées dans les chapitres précédens. Nous ferons cependant observer que d'ordinaire le vice scrophuleux exerce plutôt son action destructive sur le lobule nasal que sur les autres parties du nez.

Lorsqu'il s'agit de remédier à ce genre de difformité, l'opération peut être basée sur les principes de celles que nous avons longuement décrite à propos du nommé Lanelongue : il convient seulement de la modifier, afin de la rendre applicable à cette mutilation partielle.

Si l'on est dans l'intention d'opérer, d'après cette méthode rhinoplastique, deux ou trois procédés distincts se présentent et peuvent être employés avec succès ; l'expérience l'a constaté, par conséquent plus de doute à cet égard. On ne devra donc se décider pour le choix de l'un d'eux que d'après les circonstances particulières que présentera l'état des parties, ou bien d'après la plus ou moins grande habitude que l'on aura contractée de l'un ou l'autre. Cependant, nous ne pouvons nous dispenser d'ajouter qu'en thèse générale, on doit donner la préférence à celui qui offre le plus de chances favorables pour la conformation d'un nez peu différent de l'état naturel. Tel est l'avantage que présente mon procédé que j'ai longuement décrit dans un des chapitres précédens.

Le manuel opératoire offre peu de difficultés dans son exécution, lorsqu'on s'est déjà familiarisé avec les procédés rhinoplastiques applicables

à l'ablation complète du nez. Nous allons exposer en peu de mots les différentes manières d'y procéder, et nous terminerons ce chapitre en proposant un nouveau genre d'opération à l'aide duquel il serait possible de reconstituer toute la partie charnue et cartilagineuse du nez, sans être obligé de porter atteinte à la peau du front. Ce dernier moyen serait surtout applicable, dans le cas où des ulcérations profondes auraient gravement altéré les tégumens de la région frontale.

Si la position gênante et douloureuse que nécessite le *brassard* de Tagliacozzi, n'était un obstacle presque insurmontable à l'emploi de la rhinoplastie italienne, nul doute que l'emprunt d'un lambeau de peau fait au bras ou à l'avant-bras, ne fût très-avantageux pour reconstituer la perte du bout du nez. Mais, comme nous avons précédemment discuté les avantages et les inconvéniens de cette méthode, nous allons passer à l'examen des autres procédés opératoires que l'on peut mettre en usage pour remédier à ce genre de difformité.

Voici d'abord celui que l'expérience a sanctionné, et qui me paraît d'une application plus sûre que les autres.

Après avoir découpé un patron en forme de V appendiculé à sa base et absolument pareil à ceux dont nous avons parlé précédemment, on peut alors pratiquer l'opération en suivant, à peu de choses près, tout ce qui a été indiqué pour Lanelongue. La seule différence que nous puissions

établir entre ces deux opérations, consiste à dénuder tout le tissu cutané qui recouvre les os propres du nez, afin qu'il s'établisse une adhérence intime entre cette peau et la partie correspondante de la face interne du lambeau. Cette disposition augmente la consolidation de l'opercule nasal, et fournit à ce lambeau une nutrition plus abondante.

Delpech, Thomin, et autres chirurgiens de la même époque, non-seulement ne profitaient point de cet avantage, mais ils excisaient la partie du pédicule qui leur paraissait excédente, et quelquefois même supprimaient toute la partie restante du lambeau qui ne recouvrait pas les ouvertures nasales.

Le procédé que je mets en usage et celui de MM. Lisfranc et Blandin sont donc préférables, puisqu'ils permettent de conserver le pédicule qui continue toujours à nourrir le lambeau ; ils offrent aussi l'avantage de pouvoir établir une adhérence intime entre ce dernier et la peau qui recouvre les os carrés du nez. Il faut néanmoins convenir que, dans le cas d'ablation du bout du nez, c'est-à-dire lorsque les ailes du nez n'ont point été intéressées, il serait inutile de plastronner toute la partie restante du nez d'un grand appendice cutané. Il faudrait seulement, après que l'adhérence de l'extrémité nasale serait bien établie, rétrécir le sommet du lambeau, lui donner une forme alongée, large de deux lignes, et qu'on insérerait

dans un sillon de même dimension creusé dans la peau dorsale du nez. A l'aide de ce moyen, on éviterait la section du pédicule, et l'on conserverait au lambeau une source de nutrition normale, comme nous l'avons fait dans l'opération pratiquée sur Lanelongue.

Tous ces avantages rendent ce procédé opératoire préférable à celui qu'on employait précédemment, parce qu'il est d'une exécution facile et n'expose point aux mêmes risques et aux nombreux inconvéniens qui peuvent suivre la section complète du pédicule. En effet, quelles ne doivent pas être les appréhensions de l'opérateur et du malade, lorsqu'on procède à cette incision! Le lambeau pâlit, se refroidit, perd de sa sensibilité, et l'on court risque dans ce moment décisif de ne pas voir s'établir une réaction salutaire, dont la non-apparition annulerait aussitôt les résultats de l'opération la mieux pratiquée et dont la réussite paraissait des plus assurées jusqu'à ce moment. Afin de mieux faire ressortir les avantages et les inconvéniens respectifs de chacune de ces deux méthodes, j'ai cru devoir relater une rhinoplastie de ce genre, qu'a pratiquée M. Delpech pendant mon séjour à Montpellier. Quoique cette opération ait complétement réussi, malgré tous les obstacles qui se présentèrent, et l'imprudence que commit ce praticien en récisant une portion trop considérable du pédicule du lambeau, le lecteur pourra voir dans cette relation, par quelle série d'inquiétudes et

d'appréhensions le chirurgien et l'opéré doivent passer avant d'obtenir le succès définitif de cette longue et douloureuse épreuve.

Dans sa chirurgie clinique, Delpech rapporte les détails de cette opération qu'il pratiqua en 1821, pour remédier à la perte du lobe nasal. La difformité fut si bien corrigée par cette restauration que c'était à s'y méprendre, tant les formes naturelles du nez avaient été conservées par l'heureuse disposition qu'il avait donnée à son lambeau de peau.

Le portrait lithographié de l'opéré, copié d'après nature, et que nous avons l'intention de placer dans les tableaux qui doivent faire suite au dernier article rhinoplastique, prouvera jusqu'à la dernière évidence à quel degré de perfection peut atteindre la prothèse nasale.

Nous allons rapporter en abrégé la partie essentielle de cette observation qui forme, à elle seule, le sujet d'un très-long mémoire.

J. Mazet, âgé de 56 ans, doué d'une forte constitution, fut reçu à l'hôpital St-Eloy, de Montpellier, au commencement d'avril 1821, portant un ulcère fort étendu au nez, dont presque toute la portion molle était détruite. Il avait été appelé de bonne heure au service militaire et avait reçu de nombreuses blessures, qui néanmoins n'avaient point altéré son excellente constitution.

Etant en Hollande, Mazet contracta une affection vénérienne accompagnée de chancres sur le gland

et d'un gros bubon. L'urgence du service ne permettant guère alors un long séjour dans les hôpitaux, Mazet ne reçut qu'un traitement palliatif. Le bubon suppura et se cicatrisa ; les chancres guérirent assez facilement, et Mazet fut renvoyé à son régiment. En 1814 il fut libéré du service militaire, rentra dans ses foyers, et quatre ans après il survint un engorgement de tout le nez, accompagné d'une pustule qui se déclara entre le lobe et l'aileron gauche. Malgré tous les efforts de l'art, le mal fit des progrès, l'ulcération s'étendit à toute la portion charnue du nez, qui fut presque entièrement rongée. Le malade prit alors le parti de se rendre à Montpellier, et ce fut au commencement de l'année 1821 que M. Delpech, à l'aide des sangsues et des cataplasmes émolliens, obtint la cicatrisation de cet ulcère. La destruction comprenait tout le lobe du nez, l'aileron gauche et une partie de l'aile droite. La cloison avait perdu sa moitié intérieure, mais il restait encore une partie de son bord inférieur, qui se projetait au-dehors. La cicatrice qui recouvrait le contour de cette grande brèche ressemblait à un voile transparent jeté sur l'ulcère. Les bords de celui-ci, leur situation respective, la bizarrerie de leur forme, s'apercevaient encore au travers de la cicatrice, tant elle était mince. L'affection syphilitique éprouvée par le malade durant son séjour à l'armée, et qui n'avait été combattue que par des palliatifs, ne

laissa aucun doute sur la nature vénérienne de l'ulcère qui avait rongé le nez.

Cependant le malade paraissait guéri, ou du moins les symptômes extérieurs ayant complétement disparu, il semblait qu'on pouvait s'occuper de la restauration du nez sans appréhender le moindre obstacle à la cicatrisation. Telle fut l'opinion de M. Delpech. La cicatrice, il est vrai, était défectueuse; mais on pouvait la faire disparaître par les excisions nécessaires à la coaption du lambeau. Il espérait qu'en sacrifiant ainsi tout ce qui paraissait sensiblement altéré, on pourrait éloigner les symptômes ultérieurs de l'affection syphilitique, sauf à lui opposer plus tard un traitement convenable. Il reconnut par la suite qu'il s'était trompé dans ses prévisions.

Mazet ayant consenti à l'opération rhinoplastique, elle fut pratiquée de la manière suivante :

M. Delpech tailla sur un morceau de papier un patron représentant la forme et les dimensions nécessaires au lambeau de peau destiné à restaurer le nez, en tenant compte des récisions qu'il projetait, pour faire disparaître les cicatrices, et quelques irrégularités du contour de la brèche à réparer. Il prolongea la partie supérieure de ce même patron, en forme de queue ou de pédicule conique, jusqu'un peu au-dessous de l'extrémité interne des sourcils. Fixant cette extrémité du patron, au point où elle parvenait, *il le renversa de*

bas en haut, et le transposa d'un côté à l'autre. Les contours de ce modèle furent alors tracés à l'encre sur le front. Sa forme était irrégulière parce que l'étendue de la destruction qu'avait éprouvée le nez, n'était pas égale des deux côtés, et que l'opérateur voulait profiter de tout ce qu'avait respecté l'ulcération, notamment l'aileron du côté droit. Le lambeau devait présenter vers sa base un petit prolongement destiné à être ajusté avec ce qui restait du bord inférieur de la cloison, afin de la compléter. D'ailleurs, ce point devait servir à fixer le nouveau nez, à prévenir toute vacillation latérale et à le soutenir comme une espèce de pilier.

Le dessin du lambeau étant bien arrêté, l'opérateur pratiqua une perte de substance sur tout le contour de la brèche, à l'exception de quelques lignes vers le point supérieur, enlevant de la sorte la totalité des cicatrices et toute l'étendue de la teinte violacée qui les entourait ; il rafraîchit aussi l'extrémité de la cloison qui faisait saillie à l'extérieur.

M. Delpech divisa alors avec un scalpel convexe les tégumens du front, en suivant les traits qu'il y avait tracés. Le lambeau étant ainsi circonscrit, il le disséqua avec le même instrument, ayant le soin de ne pas intéresser le périoste, dans la crainte de donner lieu à une nécrose. Ayant tordu et renversé le lambeau, il jugea nécessaire de prolonger le pédicule pour que ce dernier ne

fût pas exposé à des tiraillemens douloureux après la coaptation, et surtout lorsque le lambeau serait engorgé; pour cet objet il continua les incisions entre les deux sourcils jusqu'au niveau du grand angle des yeux.

Le lambeau fut alors renversé de haut en bas, et transporté d'un côté sur l'autre par la torsion de son pédicule. On commença par fixer son prolongement inférieur à la partie saillante du reste de la cloison, au moyen de deux points de suture. Le lambeau étant assujéti de la sorte, on ajusta son contour avec celui de la brèche par plusieurs autres points de suture, placés de trois en trois lignes. On sent bien que le pédicule restant entier n'avait pu être coapté avec la partie de la brèche du nez qui lui correspondait. On pansa la plaie du front avec un gateau de charpie, maintenu par quelques tours de bande; quant aux sutures, elles furent laissées à découvert.

Durant la journée qui suivit l'opération, le malade souffrit peu : le soir, le pouls se développa; le lambeau fut légèrement engorgé, chaud et un peu rouge; le pourtour de la plaie était tuméfié, la tête devint douloureuse.

Le lendemain, la tuméfaction, la consistance et la chaleur du lambeau avaient augmenté : il était d'une couleur rose uniforme; l'engorgement s'étendait un peu vers les joues qui étaient devenues douloureuses; la fièvre s'étant déclarée, nécessita l'emploi des saignées et l'usage des lotions émol-

lientes, dont on arrosa fréquemment les points de suture.

Bientôt l'engorgement du nez diminua; la rougeur fut moins prononcée ; la fièvre cessa ; un suintement séreux s'écoula de la plaie et la cicarisation ne tarda point à s'opérer.

Le 14, les sutures furent entièrement supprimées; la réunion était parfaite. Afin de soutenir les parties, on remplaça les sutures par trois bandelettes de taffetas gommé armées de fils : l'une fut placé sur le lambeau, et les deux autres sur la partie voisine des deux joues ; les fils furent tordus deux à deux, ce qui remplit l'office d'une suture sèche. Le jour suivant, toute rougeur avait disparu ; la cicatrice était complète, à l'exception du collet du lambeau et de la plaie du front qui était en pleine suppuration.

La face interne du nouveau nez avait d'abord fourni un suintement purulent dont la quantité diminua chaque jour. En même temps, le lambeau s'accommodait à l'inflexion qu'il éprouvait, d'un côté à l'autre, par l'interposition du pilier que représentait le reste de la cloison ; il semblait acquérir, en cet état, de l'épaisseur, de la consistance et plus de fixité.

Enfin, le vingt-unième jour de l'opération, le lambeau présentait la couleur et la température naturelles ; les cicatrices qui l'unissaient au pourtour du nez étaient devenues blanches et fermes ; les piqûres des points de suture étaient effacées,

et la plaie du front était presque entièrement fermée. Cet état de choses permit alors de terminer l'opération en pratiquant la section du pédicule, ce qui fut fait de la manière suivante : une sonde cannelée fut passée sous le pédicule du lambeau ; elle servit de guide à la lame des ciseaux avec lesquelles on coupa le pédicule en haut vers son origine, et en bas vers le nez. L'excédant correspondait à la portion du lambeau qui avait subi la torsion, et qui ne pouvait être utilisée ni d'un côté ni de l'autre. La plaie du front était trop réduite par le rapprochement de ses côtés pour admettre l'interposition de ce pédicule, et ce dernier était trop étendu pour pouvoir être logé dans la partie supérieure de la brèche du nez qui était encore demeurée libre.

Cette excision du lambeau l'ayant raccourci de cinq lignes, la perte de substance se trouva trop considérable par l'effet de la rétraction du tissu. Après avoir raffraîchi, par une légère récision, la partie la plus élevée de la brèche du nez, l'opérateur y logea l'extrémité supérieure du lambeau, qui se trouva un peu trop court, et ne put s'appuyer sur elle avec assez d'exactitude pour que la cicatrisation eût lieu : cette circonstance obligea M. Delpech à pratiquer en cet endroit deux points de suture, et à placer, sur le bout du nouveau nez, le plein d'une bandelette agglutinative, dont les chefs furent croisés au sommet de la tête, de manière à relever la totalité du nez. A la faveur

cette précaution, les bords de la plaie furent affrontés exactement et les parties traversées par les points de suture moins tiraillés. Le malade fut privé d'alimens solides, dans la crainte que la cloison du nez fût déchirée par les efforts de la mastication.

Mais revenons à la section du pédicule du lambeau transposé. Au moment même de sa séparation complète des tégumens du front, le nouveau nez pâlit et perdit une partie de sa température. Dans le courant du même jour, il s'engorgea, prit une teinte rouge, recouvra sa chaleur et devint successivement plus chaud que les parties environnantes: ces dernières acquirent un engorgement plus grand qui s'étendit jusqu'aux paupières des deux côtés. Une saignée fut prescrite. Malgré l'effort de distension auquel la cloison était exposée, la petite cicatrice de ce point n'éprouva pas de décollement; l'intumescence et la rougeur du nez disparurent, la fièvre cessa, tous les autres symptômes s'amendèrent, et, trois jours après ce dernier temps de l'opération, le calme était entièrement rétabli.

Le jour suivant, les deux points de suture furent supprimés, la réunion et la cicatrisation avaient eu lieu d'une manière très-exacte. On eut cependant la précaution de maintenir, pendant deux ou trois jours encore, la bandelette qui soutenait le nez, pour mieux laisser consolider la cicatrice, et parce que la cloison des narines qu'elle tiraillait

se prêtait à un certain degré de distension qui ne pouvait être que très-avantageux au succès de l'opération

A dater du 10 juin, la plaie du front cessa de suppurer, et la cicatrisation fut complète. Ce travail avait été favorisé par des bandelettes agglutinatives et par des cautérisations fréquentes avec le nitrate d'argent.

Mazet ne quitta l'hôpital qu'à la fin du mois; alors, toute trace de rougeur et d'engorgement avait disparu à la face et au nez; les contours de ce dernier s'accordaient si bien avec ceux de la face, surtout du côté droit, où l'aileron primitif avait pu être conservé, qu'en examinant le profil de l'opéré, il était impossible d'apercevoir les marques de sa restauration nasale : l'illusion était même plus complète à cause de quelques rides provenant de la crispation de la face interne, et qui se confondaient avec les cicatrices de petite-vérole, dont la figure était couverte. Le côté gauche paraissait moins exact, à cause du défaut de l'aileron correspondant que l'ulcération avait détruit, et que M. Delpech ne put parvenir à simuler avec le lambeau (1).

(1) Le lecteur doit se rappeler que dans le troisième chapitre de ce travail, et au sujet de l'opération pratiquée sur le nommé Lanelongue, j'ai indiqué et mis en usage un procédé à l'aide duquel on imite parfaitement la forme et tous les contours de l'aileron du nez. C'est un point important de la rhinoplastie qui fixera sans doute l'attention des praticiens, et dont le résultat, quoique très-simple, m'a cependant obligé à de nombreux essais avant d'avoir pu atteindre le but que je m'étais proposé.

Pendant l'espace de dix mois après son opération, Mazet avait joui d'une santé parfaite, et avait pu se livrer sans inconvénient aux pénibles travaux de la profession de teinturier. Mais au bout d'une année, il lui survint des douleurs vers le bas des os carrés du nez, près du point le plus élevé de la cicatrice. Les parties molles s'engorgèrent, se couvrirent d'une teinte rouge de laque ; il s'y forma une pustule vénérienne, et un ulcère ne tarda point à lui succéder. On vit alors se vérifier les justes appréhensions qu'avait fait concevoir cette opération rhinoplastique, pratiquée avant d'avoir soumis le malade à un traitement propre à le débarrasser de son infection siphilitique (1).

On essaya inutilement les topiques émolliens, l'ulcération continua à faire des progrès, surtout vers les os du nez, l'intervalle des yeux et l'intérieur des fosses nasales. Le point de la cicatrice correspondant à cette partie du nouveau nez se décolla, mais fort heureusement le lambeau ne fut nullement flétri, et sa nutrition continua avec autant d'activité qu'auparavant.

Cet état de choses continuait à faire des progrès depuis cinq ou six mois, lorsque, à cette époque, M. Delpech fût de nouveau consulté par Mazet.

(1) Une circonstance à peu près semblable s'est présentée à la suite de la première opération rhinoplastique pratiquée par M. Thomin. Consulté en 1828 par la personne qu'avait opérée ce praticien, je pus m'assurer qu'en effet le retour des ulcérations vénériennes avaient dessoudé en partie le lambeau dont était formé le nouveau nez.

Le caractère particulier que présentait cette ulcération, la marche qu'elle avait suivie jusqu'à ce jour, le souvenir de l'affection vénérienne qu'avait contractée le malade, qui n'avait été que faiblement combattue, toutes ces circonstances réunies ne permirent point à ce praticien de méconnaître la véritable nature de cette maladie. Il prescrivit donc un traitement mercuriel secondé d'une tisane de salsepareille et de douce-amère ; on supprima toutes les applications topiques, et l'on soumit le malade à un régime adoucissant.

Par suite de ce traitement, l'état de Mazet ne tarda point à s'améliorer ; les progrès de l'ulcère furent bornés ; au bout de vingt jours, la cicatrisation s'établit d'une manière régulière ; le nez s'assujétit de nouveau ; l'écoulement purulent qui avait lieu par les narines disparut complètement ; les tissus reprirent leur couleur naturelle ; le son de voix ne fut point nasillard, et Mazet enfin se trouva entièrement guéri de son affection siphilitique, dont la cure radicale lui permet de jouir, sans crainte pour l'avenir, des bienfaits de la rhinoplastie.

Dieffenbach, qui, après Tagliacolzzi, est le plus grand raccoutreur de nez qui ait jamais existé, propose une nouvelle méthode dont il prétend avoir obtenu de nombreux succès. Elle consiste à emprunter au cuir chevelu le lambeau qui doit servir à confectionner le lobe nasal, ainsi que les deux ailes du nez.

Ce qui lui suggéra l'idée de cette opération, c'est-à-dire de mettre à contribution la peau du sinciput, fut la répugnance qu'éprouvent, en général, les malades pour une cicatrice frontale, semblable à celle d'une grande brûlure. « Un second avantage, dit-il, de la peau sincipitale sur celle du front, me paraît tenir à la texture de la première. Elle est, ajoute-t-il, beaucoup plus épaisse, plus ferme, et présente chez certains individus une consistance presque cartilagineuse. »

Deux précautions importantes devaient nécessairement se présenter dans le cas où l'on voudrait refaire le nez avec la peau de la tête. Il fallait d'abord examiner si un lambeau du cuir chevelu, assez considérable pour former un nez, et pris à une si grande distance, pourrait être nourri par un pédicule long et étroit. Restait ensuite à savoir comment on pourrait remédier à la crue des cheveux qui devaient pousser sur cet opercule nasal. Sur le premier point, Dieffenbach répond par l'affirmative : « L'expérience a, dit-il, prononcé sur la possibilité de cette greffe animale. » Nous sommes loin de mettre en doute ce résultat pratique, puisqu'il est analogue à toutes les autres transplantations de tissu cutané.

Quant à la seconde difficulté, Dieffenbach prétend qu'elle est imaginaire, parce qu'au bout de dix ou quinze jours, tous les cheveux du lambeau

meurent, se laissent arracher facilement, et ne repoussent plus.

Jusqu'à démonstration positive du contraire, l'auteur de ce nouveau procédé me permettra d'ajouter plus de foi à ce que j'ai observé, maintes fois, qu'aux expériences qu'il rapporte, et qui, sous le point de vue de la mortification des cheveux, ne me paraît pas assez clairement exposé pour ne plus me laisser d'incertitude à cet égard.

Un fait très-assuré, et que personne ne saurait révoquer en doute, c'est que lorsqu'on emprunte à un bras poilu, le lambeau de peau nécessaire pour refaire un nez, ce nouvel organe se couvre de poils épais dont il est difficile de dissimuler la présence importune; ils sont même d'une ténacité si désespérante, qu'on entreprendrait inutilement de les détruire par arrachement ou par tout autre moyen.

Baronio, Hunter, Duhamel, et tant d'autres expérimentateurs qui se sont occupés des transplantations de tissus, ont tous observé que le lambeau de peau, quoique changé de place, continuait à faire croître plumes, duvet ou poils, suivant l'espèce d'animal sur lequel l'opération avait été pratiquée; mais une dernière objection qui me paraît sans réplique, puisqu'elle repose sur des faits dont j'ai été témoin, c'est que toutes les fois qu'on emprunte au cuir chevelu l'appendice qui doit former la cloison nasale, on voit sortir de chacune des narines des cheveux plus ou moins

longs, un peu crépus, et qui obligent le raccoutré à les couper de temps à autre. Mon opéré Lanelongue se trouvait dans cette obligation.

Voici de quelle manière Dieffenbach décrit son procédé opératoire, à l'occasion d'une jeune fille qui répugnait à la difformité d'une cicatrice frontale. Elle avait perdu le nez par suite d'une affection scrophuleuse ; mais au bout de quelques mois d'un traitement convenable, la constitution de la malade s'étant améliorée et les ulcérations cicatrisées, on put la soumettre avec quelques chances de succès à l'opération suivante.

La restauration du nez, au moyen du cuir chevelu, parut d'autant mieux indiquée à l'opérateur, que la peau du front était dans ce cas extrêmement mince, et qu'en outre une partie avait été détruite par l'ulcération

Il commença par fendre les débris de l'ancien nez, qui étaient profondément enfoncés dans les fosses nasales, il les détacha latéralement de leurs adhérences, et les égalisa le mieux possible. Il dégagea aussi de l'intérieur une portion de la cloison ; il en aplanit l'extrémité, et la plaça de manière à pouvoir la mettre plus tard en rapport avec le lambeau céphalique. Telles furent les premières dispositions dont Dieffenbach fit précéder son opération.

Il pratiqua ensuite, les incisions nécessaires pour former un lambeau de grandeur convenable dans la calotte aponévrotique, qui avait été aupa-

ravant rasée avec soin. Cela fait, il porta le bistouri de haut en bas, d'abord au côté gauche, ensuite à droite de la ligne médiane correspondante au front; il forma son pédicule de la largeur du doigt, le détacha, le retourna, fixa le lambeau à la cloison et de chaque côté par cinq aiguilles, deux autres suffirent pour fixer l'appendice (1). On appliqua sur la plaie du vertex un plumasseau de charpie qu'on fomenta avec de l'eau froide, tandis que le nez, au contraire, fut couvert avec des compresses imbibées d'eau tiède légèrement vineuse.

Le soir, le lambeau nasal fut très-gonflé et gorgé de sang. Il était bleuâtre à sa partie inférieure, tant à cause de la réplétion extrême des vaisseaux, qu'en raison des racines des cheveux qu'on distinguait à travers l'épiderme. La fièvre fut modérée. Le lendemain, Dieffenbach fut obligé de retirer quatre aiguilles, afin de diminuer l'irritation des bords de la plaie; les piqûres laissèrent suinter quelques gouttes d'un sang rouge, clair, qui continua à couler pendant long-temps, comme si l'on eût appliqué des sangsues : il fit entretenir cette hémorrhagie salutaire par des lotions avec de l'eau tiède.

(1) Dieffenbach supplée au point de suture ordinaire, par de petites aiguilles à *insectes*, au moyen desquelles il pratique la suture entortillée, comme dans l'opération du bec de lièvre. Dans quelques cas de rhinoplastie, il a poussé l'abus de ce moyen au point d'employer quelquefois ces aiguilles au nombre de trente-deux, afin, dit-il, de mettre les parties dans un contact parfait.

Le troisième jour, on enleva trois ligatures qui causaient de la tension et de la douleur ; les piqûres donnèrent encore du sang, ce qui facilita la réunion par première intension. Le nez offrait tous les signes d'une vitalité parfaite qui ne laissait plus craindre le développement de la gangrène.

Les quatrième, cinquième et sixième jours, l'engorgement du nez diminua considérablement ; toutes les aiguilles furent enlevées, et la réunion parut s'être opérée sur tous les points.

Une semaine après l'opération, les cheveux avaient repoussé d'une demi-ligne sur toute la surface du nouveau nez. Un mois après, la plaie de la tête était complètement guérie : le lambeau avait perdu de son volume et acquis un degré considérable de solidité : les cheveux, qui s'y montraient de temps en temps, furent arrachés à l'aide d'une pince. La forme du nez était parfaite du côté gauche, mais l'aile droite fut considérablement affaissée.

Le moment des corrections étant venu, ajoute Dieffenbach, *la forme du nez fut améliorée par quelques petites opérations insignifiantes*, *ce qui ne tarda point à compléter la guérison.*

Il est évidemment démontré, d'après cette opération dont je viens de tracer l'analyse, que la transplantation du cuir chevelu sur l'emplacement du nez a parfaitement réussi ; mais ce qui n'est pas aussi clairement prouvé, c'est la non-apparition

des cheveux sur le lambeau de peau qui a servi au raccoutrement nasal. On pourrait tout au plus déduire de la lecture de cette observation que le développement du système pileux, inhérent au tissu greffé, peut avoir éprouvé une altération très-notable, ce qui est très-différent de la promesse que Dieffenbach semblait nous faire dans son avant-propos.

Afin d'éviter la difformité de la cicatrice frontale, parfois aussi il a emprunté son lambeau à la peau des tempes; mais quelque avantageuse que pût être cette méthode, dans le cas même où le tissu cutané frontal serait altéré, elle ne saurait suffire lorsqu'il s'agit de remplacer toute la partie cartilagineuse du nez, et à plus forte raison, s'il fallait renouveler la totalité de l'organe; elle serait tout au plus convenable pour refaire le lobule nasal ou bien l'un des ailerons.

Nul doute que si Dieffenbach avait pu imaginer, comme je l'ai fait pour Lanelongue, un moyen assuré de réduire la cicatrice frontale à une forme linéaire, il n'aurait pas eu besoin de recourir à la peau sincipitale, afin d'éviter l'aspect toujours fort effrayant, dit il, de la cicatrice du front, qui, dans cette circonstance, prend une forme rayonnée semblable à celle d'un soleil.

D'après le résumé, fort abrégé sans doute, des travaux rhinoplastiques entrepris par cet opérateur, qu'on pourrait surnommer, à juste titre, le Tagliacozzi du dix-neuvième siècle, il est facile de

prévoir que la rhinoplastie européenne lui sera redevable d'une grande partie de ses progrès. C'est en parcourant hardiment le champ des innovations qu'on peut mettre à jour quelques-unes de ces grandes découvertes qui, en chirurgie surtout, tracent de nouvelles voies, par le moyen desquels l'on atteint avec facilité le but essentiel de l'opération.

Afin de compléter l'exposition des moyens mis en usage dans le cas de difformité qui nous occupe, nous allons mentionner encore une méthode opératoire, récemment proposée par Dieffenbach, qui consiste à relever les bords de l'ancien nez; à les rapprocher vers la ligne médiane, après avoir pratiqué des incisions latérales pour faciliter le rapprochement des deux parois nasales, et à les maintenir en rapport au moyen de quelques points de suture. Quoique cette méthode ait quelques rapports avec la rhinoplastie des anciens et la rhinoraphie de M. Larrey, elle offre cependant un caractère d'originalité qui doit permettre à l'auteur d'en revendiquer la découverte. Une opération de ce genre ayant été pratiquée par M. Lisfranc, nous allons en retracer les principaux détails, afin de mieux faire comprendre le manuel opératoire (1).

Une femme, âgée de trente ans, entra à l'hô-

(1) Cette observation a été insérée en entier dans le 151e n° du journal complémentaire des sciences médicales.

pital de la Pitié, présentant une perte de la pointe du nez, que remplaçait une ouverture hideuse qui laissait à découvert toute la partie antérieure des fosses nasales. La peau calleuse et adhérente aux bords de cette cavité se repliait en dedans, pour se continuer vers la muqueuse. La cloison déjetée à droite obstruait totalement l'ouverture antérieure de la narine de ce côté. La malade raconta que, très-jeune encore, elle avait été gravement affectée de la petite-vérole, dont elle portait de profondes empreintes sur la figure, et par suite desquelles les paupières de l'œil gauche avaient éprouvé un éraillement considérable ; mais ce ne fut qu'à l'âge de dix-sept ans qu'un ulcère lui détruisit le lobule nasal.

A l'exemple de Dieffenbach, M. Lisfranc conçut le projet de détacher de chaque côté du nez un lambeau de peau triangulaire dont la base serait dirigée vers la bouche, tandis que le sommet, resté adhérent et devant servir de pédicule, correspondrait à l'angle interne des yeux. Les deux lambeaux disséqués devaient être rapprochés et réunis sur la ligne médiane du nez.

Avant de procéder à l'opération, on eut soin de rétablir l'ouverture antérieure de la fosse nasale droite en détruisant, par le moyen du bistouri, les adhérences qui maintenaient la cloison déjetée de ce côté.

Une incision fut pratiquée de chaque côté sur la peau des joues ; elle partait de trois lignes au-

dessous et en dedans du grand angle oculaire, et venait se terminer obliquement, en bas et en dehors, au niveau de la limite inférieure de l'ouverture nasale. On détacha du pourtour de cette cavité les débris de peau qui étaient repliés et adhérens à toute l'étendue du bord interne ; ils furent égalisés et raffraîchis, afin de pouvoir être réunis vers la ligne dorsale du nez. Une section transversale partant de l'extrémité inférieure de l'incision externe, et se rendant à celle qui avait été pratiquée pour décoller les bords cicatrisés du tronçon nasal, sépara la base du lambeau de la partie supérieure de la lèvre, ce qui facilita la dissection de cette portion triangulaire de la peau. La même manœuvre fut répétée de chaque côté, et nécessita la ligature de plusieurs artérioles. Les deux lambeaux qui en résultèrent furent réunis l'un à l'autre au moyen de trois points de suture, et servirent à former le bout du nez.

Il s'agissait ensuite de réunir les joues au bord externe de chacun de ces lambeaux; mais comme il résultait de ce rapprochement que la lèvre supérieure avait trop d'étendue en largeur, on remédia à cet inconvénient en retranchant à droite et à gauche une portion labiale de forme triangulaire. On procéda à cette partie de l'opération au moyen de deux incisions, « dont l'une, dit l'auteur, partait du point de terminaison de l'incision latérale, et se dirigeait obliquement en dehors et en bas, et l'autre partait de quelques lignes en dedans

du bord saignant de la lèvre supérieure et allait se réunir à la terminaison de la première. » Les joues furent disséquées dans une étendue suffisante pour favoriser leur rapprochement vers les bords externes des lambeaux où elles furent maintenues en rapport au moyen de trois points de suture. Deux autres points de suture placés de chaque côté fixèrent le bord saignant de la lèvre supérieure à la partie correspondante de la joue ; enfin, le vide laissé par l'ablation de la portion de peau triangulaire fut comblé, et le nez se trouva raccoutré à l'exception de la cloison que M. Lisfranc était dans l'intention de faire plus tard, en empruntant un lambeau longitudinal au centre de la lèvre supérieure, pour le contourner et le réunir au point inférieur et antérieur de l'extrémité nasale.

Cette opération n'aurait eu pour résultat que de clore l'ouverture antérieure des narines, si, avant de coudre les parties latérales des lambeaux, l'opérateur n'avait eu soin de placer deux tampons de charpie en avant des fosses nasales, afin de faire saillir le dos du nez.

L'opération dura trois quarts d'heure, tant à cause des nombreuses ligatures qu'il fallut pratiquer, que des soins minutieux qu'exigea la dissection de la peau qui adhérait à la circonférence de l'ouverture ; en outre, douze ou treize points de suture furent indispensables pour maintenir les parties dans un parfait contact.

Le lendemain, la face était tuméfiée, le nouveau

nez paraissait au niveau des joues : une saignée fut jugée convenable.

Le troisième jour, le visage était rouge et douloureux ; l'inflammation s'étant irradiée jusqu'aux paupières, une seconde saignée fut pratiquée.

Le quatrième jour, l'engorgement inflammatoire avait diminué, les plaies commencèrent à se réunir par première intention, sauf un point de suppuration qui s'établit du côté de l'aile droite.

En rapportant cette opération, n'ayant eu d'autre but que de tracer les principes qui se rattachent à la méthode de Dieffenbach, je terminerai ce qui me reste à en dire par quelques remarques sur le délai que M. Lisfranc a jugé convenable d'apporter à l'établissement de la cloison nasale et sur les deux excisions latérales qu'il a pratiquées à la lèvre supérieure.

Il me semble qu'il eût été préférable, immédiatement après avoir réuni les deux lambeaux des joues, d'en enlever (à la partie centrale de la lèvre), un troisième, large de huit lignes, dont les bords latéraux pussent se renverser en dedans, contracter adhérence l'un à l'autre, et donner lieu, par ce moyen, à une cloison épaisse et de forme naturelle; on aurait contourné ce lambeau pour le fixer au bout du nez, à l'aide de deux points de suture. L'extrémité nasale eût alors été soutenue comme par un véritable pilier. Quant au tampon

placé à l'intérieur, on y aurait substitué deux canules triangulaires, une pour chaque narine.

Cette manière d'agir aurait eu le double avantage de simplifier l'opération en la terminant en une seule séance, et, de plus encore, aurait dispensé de pratiquer aux deux côtés de la lèvre supérieure une perte de substance, puisque celle du milieu aurait été suffisante pour enlever à cet organe l'excédant du développement, qui s'opposait au rapprochement des joues vers le bord externe des lambeaux triangulaires.

Maintenant que je crois avoir suffisamment exposé l'état actuel de la science sur les divers procédés opératoires que l'on met en usage pour réparer la perte du lobe nasal avec absence des ailes du nez, voici en peu de mots quelle est la nouvelle méthode opératoire dont je désire tenter l'application dans les cas de cette nature : bien entendu que si quelqu'une de ces parties n'avait pas été entièrement détruite, il n'y aurait qu'à modifier le procédé opératoire, pour le rendre parfaitement applicable dans chacune de ces circonstances.

Les dispositions à prendre avant l'opération consisteraient à tailler un patron de papier représentant la forme de la partie du nez qu'on aurait à remplacer. Après s'être assuré de sa parfaite régularité, il faudrait diviser ce patron en trois parties : une inférieure qui correspondrait à la cloison, et deux latérales qui représenteraient les ailes du nez. Resterait alors à dessiner sur la partie antérieure

et moyenne de chaque joue les lambeaux elliptiques destinés à former les ailerons du nez (1), et sur le milieu de la lèvre supérieure celui qui devrait servir au confectionnement de la cloison nasale.

Cela fait, on rendrait saignantes les cicatrices sur lesquelles devrait se faire le greffement des lambeaux ; on disséquerait ces derniers en ayant soin d'inciser en dehors du tracé, afin d'obvier aux effets de la rétraction du tissu, et on leur conserverait un pédicule adhérent situé sur le bord latéral des ouvertures nasales.

J'exécuterais de haut en bas la version des lambeaux en dirigeant leur extrémité libre en avant, et immédiatement au-dessous des os carrés du nez ; quatre points de suture suffiraient pour les y fixer, tandis que deux autres points réuniraient les deux portions destinées à former le bout du nez. Pour rendre cette portion du nez plus régulière, on aurait soin d'exciser en droite ligne une petite partie de l'extrémité libre des lambeaux, afin que leur jonction imitât d'une manière plus correcte la forme dorsale du nez.

Ce point essentiel de l'opération terminé, je pratiquerais à la lèvre supérieure deux sections parallèles qui comprendraient toute l'épaisseur de

(1) Je préfère donner aux deux lambeaux la forme ellyptique, plutôt que celle d'une pyramide dont le sommet correspondrait à la joue, parce que la plaie qui en résulte donne lieu à une cicatrisation difficile et difforme.

cet organe, et seraient séparées par un intervalle de six ou huit lignes : on prolongerait l'incision droite jusque dans l'intérieur des narines, tandis que la gauche n'arriverait qu'à une ligne des fosses nasales (1). Ce lambeau quadilatère allongé étant contourné de droite à gauche, deux points de suture serviraient à le fixer à la partie antérieure et inférieure de chacune des deux ailes du nez ; trois ou quatre points de *suture entrecoupée* rapprocheraient exactement les bords des deux plaies elliptiques, ce qui donnerait lieu à une prompte cicatrisation linéaire. La plaie labiale serait réunie par quelques points de *suture entortillée*.

De petits cylindres creux seraient placés dans chacune des ouvertures des narines, afin d'en prévenir l'oblitération, et l'on se conduirait pour le reste de l'opération d'après les principes généraux que nous avons indiqués dans tous les cas de rhinoplastie.

MM. Dupuytren et Dieffenbach, ayant dans maintes circonstances rétabli la cloison nasale aux dépens de la lèvre supérieure, et, dans d'autres cas, refait une aile du nez par l'emprunt d'un lambeau fait à la joue, c'est ce qui m'a engagé à réunir ces deux procédés opératoires qui ne donnent lieu à aucune difformité de la face, et qui ne nécessitent point la section des pédicules, lorsqu'on a soin de

(1) Nous aurons occasion de décrire avec plus de détail cette partie de l'opération dans le chapitre ayant pour titre : *De la rhinoplastie appliquée au cas d'absence congéniale ou accidentelle de la cloison du nez.*

leur donner un degré d'obliquité suffisant pour en opérer facilement la version.

Les avantages que présenterait cette manière d'opérer, seraient d'abord d'éviter la cicatrice du front et le rapprochement des sourcils, suites inévitables de l'enlèvement d'un grand lambeau de peau ; de ne pas s'exposer aux risques d'un long pédicule qui, de la région frontale, devrait porter la nutrition à l'opercule nasal situé à la partie moyenne de la face ; de ne jamais rendre nécessaire la section des trois pédicules, et d'augmenter toutes les chances possibles du succès, puisque chacun des petits lambeaux qui constitueraient le nouveau nez recevraient une somme de nutrition normale trois fois plus considérable que dans le cas précédent. Quant aux cicatrices des joues et à celle de la lèvre supérieure, elles prennent une forme linéaire qui n'offre rien de désagréable à la vue. Chez l'homme, il serait possible de les dissimuler complètement en laissant croître les moustaches. On verra, à l'occasion des opérés de M. Dupuytren dont je dois publier les observations, que, chez le premier, la cicatrice de la joue est à peine visible, et que, chez le second, celle de la lèvre est étroite comme un fil (1).

(1) Je dois à l'obligeance de ce célèbre chirurgien de pouvoir joindre aux dessins qui suivront le dernier article rhinoplastique, les portraits des deux personnes dont il a raccoutré le nez par des procédés à peu près analogues à ceux que je viens de proposer : je regrette vivement de n'avoir pu examiner que l'opéré sur lequel a été pratiqué le raccoutrement de l'aile droite du nez.

De la rhinoplastie, lorsqu'il s'agit de rétablir une des parois latérales du nez, par L. Labat, d.-m.

Ce genre de difformité nasale est beaucoup plus rare que les précédens; l'absence complète d'un des côtés du nez, os et cartilages, provient plutôt d'un arrêt d'organogénie, qu'il n'est le résultat d'une ulcération ou d'une cause traumatique. Aussi, observe-t-on que ce vice de conformation congéniale est ordinairement accompagné de quelques autres anomalies, dans le développement des fosses nasales, et parfois même d'une altération profonde du système lacrymal.

Je n'ai observé qu'un très-petit nombre de fois cette disposition anormale, d'une des parois latérales du nez; il est rare qu'elle soit le résultat de l'action d'un instrument vulnérant ou d'une ulcération.

Cette difformité, qui ne peut être aperçue lorsqu'on est situé du côté opposé à celui qu'elle occupe, offre un aspect très-désagréable quand on est placé vis-à-vis du malade: si l'on examine cette procidence *hémi-nasale* du côté même où se trouve la perte de substance, le coup-d'œil est hideux et dégoûtant. Le boursoufflement rougeâtre de la muqueuse irritée par le contact trop direct de l'air extérieur; le flux continuel des mucosités durant l'hiver, et leur desséchement pendant l'été, causent au malade une foule d'incommodités qui l'astreignent à des soins

excessifs de propreté. Il arrive même à l'époque de fortes chaleurs, surtout lorsqu'il fait beaucoup de poussière, que la morve acquiert une telle consistance, qu'elle prend la forme d'un bourrelet de saleté, qui va parfois jusqu'au point d'obstruer l'ouverture antérieure de la fosse nasale.

L'odorat est presque nul du côté malade, à cause de l'état d'irritation anormale, qu'éprouve cette portion de la membrane pituitaire, et surtout par l'absence de la partie de l'organe où le sens des odeurs est le plus prononcé. Un larmoiement très-abondant incommode le malade lorsqu'il s'expose à l'air frais ou qu'il marche contre la direction du vent. D'ordinaire, les personnes atteintes de cette difformité nasale sont très-sujettes à l'éternuement.

Si la cloison existe, elle soutient l'autre côté du nez et prévient son affaissement : le contraire a lieu lorsqu'elle a été détruite ou qu'elle ne s'est point développée ; les deux bords de la cavité tendent alors à à se rapprocher, et la moindre pression aplatit le nez, surtout à sa partie inférieure.

Divers procédés opératoires pourraient être mis en usage pour réparer cette hideuse difformité ; mais pour ne pas nous livrer à des répétitions inutiles, je me bornerai, dans cet article, à exposer l'opération qui me paraît la plus appliquable aux cas de cette nature. Je vais donc en exposer les principes, en rapportant l'observation d'un raccourcissement nasal de ce genre, dont j'ai été témoin.

Ce fut à Montpellier, et en 1820, que j'eus occasion d'observer à la clinique de M. Delpech une semblable difformité. Je dois à la bienveillante amitié de ce célèbre professeur, d'avoir pu l'assister en qualité d'aide, dans l'opération rhinoplastique qu'il entreprit pour guérir son malade.

Quoique j'aie recueilli avec beaucoup de soin tout les détails relatifs à cette opération rhinoplastique, j'ai cru cependant devoir en emprunter les traits principaux à la chirurgie clinique, publiée par ce praticien.

M. Delpech ayant rencontré dans les rues de Montpellier un jeune mendiant, atteint d'une difformité nasale, l'engagea à venir le voir, afin d'examiner s'il serait possible de remédier à cette affection congénitale. Voici l'état que présentait cet enfant, à peine âgé de 12 ans.

Tout le côté droit de la face était très-régulier tandis que le côté gauche était horriblement défiguré par une énorme ouverture, occupant toute la parois du nez. On voyait l'intérieur de la fosse nasale, depuis le plancher de cette cavité jusque à l'angle interne de l'œil; l'os carré du nez, l'apophyse montante du maxillaire supérieur, et l'os onguis manquaient totalement. Le tiers supérieur de cette brèche était occupé par une gouttière large et superficielle, formée par un prolongement de la conjonctive, qui se confondait en cet endroit avec la membrane muqueuse du nez. « Cette gouttière, dit l'auteur, ne présentait que

la consistance d'une sorte de membrane épaisse et tendue; en portant l'extrémité du doigt auriculaire, ou une grosse sonde dans la fosse nasale sous cette même surface, on la soulevait, en sorte que la partie inférieure interne de l'orbite était dépourvue de parties osseuses. » On pouvait donc conclure que la suture maxillo-éthimoïdale manquait par le défaut de développement des deux os, ou tout au moins du maxillaire supérieur. Cet espace était rempli par un tissu fibreux, que recouvrait la conjonctive. La moitié interne de la paupière inférieure manquait, ce qui, privant l'autre moitié de son point d'appui, cette dernière moitié était renversée, et entraînée en-dehors par la contraction de ce qui restait du muscle orbiculaire (1).

On apercevait dans le grand angle de l'œil un petit repli de la conjonctive, qui indiquait l'emplacement de la caroncule lacrymale. Au-dessus, on voyait le point lacrymal supérieur et les tendons du muscle orbiculaire, qui ne tenaient qu'à l'extrémité interne de la paupière supérieure. « En portant un stylet de Méjean dans le point lacrymal supérieur, dit M. Delpech, on le voyait parcourir un canal court, mince, presque transparent, qui régnait, dans l'étendue d'une demi-ligne, à l'extrémité interne du bord libre de la paupière supérieure, en se

(1) Nous en exposerons le dessin dans les planches collectives qui doivent représenter les différens cas de rhinoplastie.

dirigeant en dedans, et qui s'ouvrait ensuite à la surface de cette même gouttière superficielle rougeâtre, qui s'étendait entre le globe de l'œil et la fente nasale. »

Le contour de l'ouverture présentait antérieurement et en dedans un aspect ondulé, où l'on reconnaissait les rudimens de l'aile du nez; on y sentait même, dans l'épaisseur des parties, les débris des corps cartilagineux qui entrent dans l'organisation des parois du nez. L'aileron et toute la partie supérieure semblaient avoir été séparés de la face, par l'effet d'une violence qui aurait eu lieu dans la première enfance, ce qui aurait empêché l'accroissement de cette portion.

L'extrémité supérieure de cette ouverture présentait les traces du sac lacrymal et du canal nasal, ouverts dans toute leur étendue, par l'effet d'une perte de substance qui aurait intéressé ces organes, les os qui les entourent et la paupière inférieure.

Il est facile de comprendre que les larmes ne pouvaient être absorbées, puisque la demi-paupière inférieure formait une gouttière inclinée en bas, qui les répandait constamment sur la face. La conjonctive, toujours exposée au contact de l'air, était rouge et injectée; néanmoins, la vue s'était maintenue en bon état. « En examinant l'intérieur de la fosse nasale ouverte, ajoute l'auteur, on remarquait deux sortes de tumeurs fongueuses qui semblaient attachées à la cloison, ou qui du moins en étaient singulièrement rapprochées; on y distinguait la membrane mu-

queuse qui les enveloppait, et il était difficile de ne pas y reconnaître les cornets moyen et inférieur, quoiqu'il nous fût impossible d'acquérir la certitude de leur rapport avec la paroi externe ou avec la cloison. »

M. Delpech conçut le projet de guérir cette difformité, en prenant un lambeau de peau au front qui pût fermer la brèche nasale, et raccoutrer la paupière inférieure dont il manquait la moitié interne. Il était d'ailleurs possible de relever le reste de cette dernière, de lui faire recouvrir la portion de la conjonctive, qui était constamment exposée à l'action de l'air, et de la disposer de manière que les larmes fussent conduites vers le grand angle de l'œil, d'où elles descendraient facilement dans le nez, en passant au-dessous du pédicule du lambeau, qu'il serait facile de conserver isolé dans sa partie moyenne. Le malade ayant consenti à l'opération, voici de quelle manière on y procéda le 21 juin 1820, en présence de nombreux élèves et de quelques praticiens attirés par la nouveauté de cet essai rhinoplastique.

L'enfant fut assis sur une chaise, et maintenu dans cette position par plusieurs aides. L'un d'eux avait appuyé contre sa poitrine la tête de ce jeune patient, et l'y maintenait en appuyant fortement ses mains sur les tempes. On tailla sur une feuille de papier

un patron de la forme et de l'étendue nécessaires au lambeau des tégumens dont on avait besoin. On en traça le dessin sur le front, et pendant que l'encre séchait, l'opérateur rafraîchit les bords de la brèche nasale, en dedans et en dehors; du premier côté, il fit une coupe droite qui emporta toutes les inégalités qu'on y remarquait, même celles qui indiquaient les ailes du nez. L'organisation de ces parties était si peu avancée, qu'on ne pouvait espérer de les ramener à leur véritable position. Il fallut donc les sacrifier; et c'est ce que fit M. Delpech, par une incision uniforme et verticale dirigée de bas en haut; tout fut alors parfaitement nivelé.

La place du lambeau étant ainsi préparée, on fit les incisions propres à le circonscrire, en suivant les traces d'encre qui avaient dessiné sa forme et réglé ses dimensions; on le détacha par ses trois côtés supérieurs, tandis que la partie inférieure servit de pédicule, qui répondait à la racine du nez entre les deux sourcils. L'opérateur eut soin, en séparant le lambeau du front, de ne pas mettre le crâne à découvert.

« Le lambeau, dit M. Delpech, fut renversé et tordu sur lui-même, pour être placé à l'emplacement qu'il devait occuper; il se trouva parfaitement conforme, même sous le rapport de l'excédant que nous avions voulu réserver. Nous devions nous attendre, en effet, que le lambeau étant isolé, sa surface profonde, qui devait être livrée à la supuration, éprouverait la rétraction à laquelle rien n'échappe en pa-

reil cas, et que le bord inférieur du lambeau serait ramené en dedans. Cet arrondissement devait être propre à mieux simuler les formes naturelles. Dans ce même but, nous avions laissé à dessein une plus grande étendue au bord du lambeau, qui devait se rapporter au côté externe de la brèche nasale; nous pouvions, en ajustant les parties, former un pli vers la position naturelle de l'aile du nez, de manière à la simuler jusqu'à un certain point. »

Plusieurs points de suture furent appliqués pour réunir les parties aussi exactement que possible. On plaça sous les fils des sutures de très-petits rouleaux de sparadrap, pour déprimer celui des deux bords qui serait disposé à faire saillie.

Les bords de la plaie du front furent rapprochés et maintenus en cet état par des bandelettes agglutinatives; elle fut ensuite recouverte, ainsi que le revers du pédicule du lambeau, d'une plaque mince d'amadou, d'un gâteau de charpie et d'une compresse, le tout soutenu par quelques tours de bande. Les sutures du nez, ainsi que le lambeau, furent laissés à découvert; on les fomenta plusieurs fois dans la journée, au moyen d'un pinceau trempé dans une décoction de racine de guimauve.

Immédiatement après l'opération, on replaça le malade dans son lit, avec la précaution de lui maintenir la tête et les épaules soulevées, à l'aide de plusieurs oreillers, et on lui administra un grain d'extrait gommeux d'opium. L'eau de veau lui fut prescrite pour boisson.

Le second jour au matin, le malade était assez calme, quoique le pouls fût un peu fréquent et la tête légèrement douloureuse. Le soir, le lambeau était manifestement engorgé, la face rouge, la peau chaude, et la fièvre prononcée : une saignée au bras fut jugée nécessaire; néanmoins la nuit fut agitée.

Dès le troisième jour, la fièvre diminua, mais la langue devint sèche et rouge, et la pointe blanchâtre à sa base; le malade éprouva du dégoût, des nausées et tous les symptômes d'une irritation gastrique. On prescrivit l'eau de veau et la limonade à prendre alternativement dans le courant de la nuit; il survint plusieurs selles liquides.

Le lendemain, le malade était abattu; la face pâle; la langue toujours très-blanche, excepté à la pointe, qui continuait à être rouge; la région épigastrique devint douloureuse; le malade vomit plusieurs fois des matières muqueuses et amères. Enfin la fièvre diminua, le lambeau et les sutures étant en bon état, l'on prescrivit quinze grains d'ipécacuanha en trois doses. Cette administration fut suivie de vomissemens et d'évacuations alvines. A l'arrivée de la nuit, il survint une transpiration abondante, la fièvre fut presque nulle, et le malade ne tarda pas à demander des alimens. On lui accorda deux bouillons.

A dater du quatrième jour, le calme fut parfait; le suintement des points douloureux devint plus abondant, et nécessita des soins de propreté plus assidus. On prescrivit quatre bouillons, et l'on continua l'usage de la limonade.

Le sixième jour, on enleva l'appareil ; la plaie du front et le pédicule étaient en pleine suppuration : on les recouvrit de plumaceaux de charpie, enduits de cérat. Les points de suture furent enlevés, et les bords du lambeau se trouvèrent entièrement réunis. *Mêmes prescriptions.*

Ce ne fut qu'au huitième jour qu'on permit quelques alimens solides; le lambeau n'était plus engorgé, la plaie du front continuait à se resserrer, et les points de suture paraissaient entièrement cicatrisés.

On laissa consolider la cicatrisation jusqu'au seizième jour ; durant cet intervalle de temps, les parties se dégorgèrent complètement et reprirent leur couleur naturelle. La face interne du lambeau fournissait une suppuration abondante, qui s'écoulait par le nez, et que l'on faisait en partie refluer vers l'œil par une légère compression exercée sur la paroi nasale Le bord inférieur que M. Delpech avait à dessein laissé un peu long, se retractait et se recourbait légèrement en dedans, de manière à imiter les contours de la narine. En portant un stylet boutonné entre la partie supérieure du lambeau et le globe de l'œil, on pénétrait sans obstacle dans la fosse nasale.

Ce fut à cette époque que M. Delpech se décida à pratiquer la section du pédicule. « Le malade étant assis et solidement contenu, dit l'opérateur, nous engageâmes une sonde cannelée sous le pédicule tordu du

lambeau, dans l'intention de la faire servir de guide à la lame d'un bistouri droit; mais nous nous aperçûmes que, à raison de la torsion de cette partie des tégumens, la section opérée par ce procédé serait peu régulière, et surtout qu'elle serait peu propre à être adaptée avec la perfection convenable à la demi-paupière inférieure et au grand angle de l'œil. Nous prîmes alors le parti de renoncer à l'usage de la sonde, de soulever les parties avec la pince à dissection, et de les diviser avec les ciseaux, nettement et suivant une ligne horizontale, répondant un peu au-dessus de la partie naturelle du bord libre de la paupière inférieure. Le côté supérieur de cette section, représentant un petit lambeau oblong, fut maintenu relevé par une bandelette d'emplâtre agglutinatif, dirigée en travers, et engagée de la sorte entre les bords de l'angle inférieur de la plaie du front. Le côté inférieur qui avait subi toute la torsion du pédicule fut déroulé, rafraîchi par une légère perte de substance sur les bords latéraux et aminci sur son bord supérieur par l'excision d'une partie du tissu cellulaire. Nous fîmes de même une légère excision sur les deux côtés de la gouttière supérieure, que le lambeau n'avait pu recouvrir jusque-là : d'un côté, elle s'étendait jusqu'au bord libre de la demi-paupière inférieure; de l'autre côté, elle s'étendait jusque au-dessus de l'insertion des tendons du muscle orbiculaire, dans la région du grand angle de l'œil, c'est-

à-dire, immédiatement au-dessous de l'extrémité interne de la paupière supérieure. »

Il était important que cette partie du lambeau fût ajustée avec une grande exactitude, et la suture offrait seule un moyen assuré pour y parvenir. Les parties qu'il fallait maintenir en rapport étant d'une structure très-délicate, et présentant peu d'étendue, il fallait en outre lutter contre l'effort contractile du muscle demi-orbiculaire inférieur, ce qui nécessitait une résistance assez forte. Voici comment s'y prit l'opérateur pour obtenir cet effet, sans néanmoins trop fatiguer les parties par la multiplicité des points de suture, et surtout sans exposer l'extrémité supérieure du lambeau à être mortifiée par l'excès d'irritation qu'elle en aurait éprouvé. On plaça deux points de chaque côté, les plus élevés répondaient d'une part au bord libre de la demi-paupière inférieure, et d'autre part, sous l'angle interne de la paupière supérieure; les deux autres étaient situés quatre lignes plus bas, près des limites de la réunion obtenue de part et d'autre, à la suite de la première opération. Vis-à-vis l'intervalle de ces quatre points, on en plaça un cinquième, qui comprenait à la fois les deux bords de la gouttière et le lambeau qui la recouvrait. « Pour faire ce dernier point, dit M. Delpech, nous plongeâmes une aiguille courbe dans le milieu de la largeur de la demi-paupière inférieure, à une grande distance de son bord fraîchement entaillé; l'instrument glissa ensuite sous le lambeau

sans l'intéresser, et vint ressortir à travers la peau de la racine du nez, à la plus grande distance possible de la suture correspondante. L'anse de fil que l'aiguille plaça, se trouva de la sorte embrasser le lambeau sans l'intéresser, rapprocher et fixer des deux côtés les parties environnantes, par un effort d'autant moins à craindre, qu'il se passait loin des bords des plaies qu'il s'agissait de réunir. Par là aussi les premières sutures que nous avions faites, n'ayant d'autre effort à exercer que celui qui était nécessaire pour affronter exactement les parties, ces dernières devaient en être moins fatiguées, et le succès de leur réunion immédiate devait en être d'autant plus sûr. » Cette partie de l'opération fut peu douloureuse, le malade fut privé d'alimens et obligé de garder le lit.

Tout ce que nous venons de rapporter de ce manuel opératoire sera très-facile à comprendre, dès l'instant qu'on aura jeté un coup-d'œil sur la lithographie qui représente l'opéré avant et après l'opération. Ces deux dessins se trouvent joints à tous ceux qui seront placés à la fin de mon travail sur la rhinoplastie.

Au moment de sa séparation complète, le lambeau pâlit d'une manière remarquable. Néanmoins, il ne perdit ni sa chaleur, ni sa sensibilité normale; le malade en donna des signes évidens, en témoignant de la douleur toutes les fois que les aiguilles en traversèrent les bords pour y pratiquer les points de suture.

Du dix-septième au dix-huitième jour, la cica-

trisation parut se faire de toutes parts ; les larmes ne se répandirent plus sur la joue, quoique la douleur et le surcroît d'irritation du lambeau et des paupières les rendissent plus abondantes que dans l'état naturel. Le lambeau qu'on avait à dessein ajusté avec la demi-paupière inférieure, de manière à dépasser le niveau de son bord libre, lui faisait recouvrir une partie du globe de l'œil ; d'un autre côté, cette portion de paupière, qui, lorsqu'elle était libre, se trouvait entraînée en dehors et en bas par la contraction de la portion du muscle orbiculaire qu'elle renfermait, fut alors soulevée par ses nouveaux rapports avec le lambeau.

Ces dispositions suffirent pour donner lieu à l'arrivée des larmes dans l'intérieur du nez. Une autre circonstance qui concourut puissamment à compléter les fonctions de ce nouvel appareil lacrymal, fut le clignotement fréquent que le tronçon de paupière inférieure relevée, transmettait à la portion du lambeau qui était adhérent avec elle, pour remplacer la partie qui manquait.

Le vingt-et-unième jour, on enleva tous les points de suture ; la réunion était complète et solide, à l'exception d'un très-petit point situé dans l'angle interne de l'œil, ce qui donnait lieu à l'écoulement de quelques larmes sur le côté du nez, lorsqu'elles étaient trop abondantes. La conjonctive avait considérablement perdu de sa rougeur et de son injection sanguine.

Au bout de quelque temps, le bord supérieur du lambeau qui dépassait un peu le niveau du bord libre de la demi-paupière inférieure, s'arrondit, se renversa vers le globe de l'œil, ce qui rétablit le parallélisme des deux parties, et compléta la régularité de la paupière. La cicatrice du front, entièrement resserrée, paraissait provenir d'une plaie produite par un coup de sabre.

Le 3 août suivant, M. Delpech, voulant rendre parfaite la restauration des voies lacrymales, rafraîchit légèrement les deux côtés du petit point, où la réunion immédiate n'avait pas réussi, et qui répondait à la caroncule. Il fit ensuite un point de suture pour les rapprocher, et seconda l'action de ce dernier, au moyen d'une bandelette agglutinative qui soulevait la paupière supérieure, de manière à ce que les parties traversées par le fil de la suture ne fussent point tiraillées en sens inverse par les contractions du muscle orbiculaire.

Cinq jours après, on enleva le point de suture, et les parties se trouvèrent parfaitement réunies. Depuis lors il y a eu cessation complète de l'ophthalmie chronique, dont le malade était depuis long-temps affecté, et la vue s'est améliorée d'une manière remarquable.

Pendant les années suivantes, j'ai eu occasion de revoir plusieurs fois cet opéré, dont la cure s'est toujours bien maintenue. Sa physionomie n'offrant plus rien de repoussant, il a cessé de mendier, et s'est

rendu dans son village, aux environs de Narbonne, où il se livre aux travaux de l'agriculture.

En résumant cette observation, qui offre un si haut degré d'intérêt, nous y voyons non-seulement un raccoutrement parfait de toute la paroi gauche du nez, mais encore le point de départ de l'extension ultérieure que devait recevoir la rhinoplastie. On remarque en effet dans l'opération que nous venons de rapporter, qu'en même temps que l'opérateur procédait à la restauration du nez, il avisait aussi aux moyens de réparer la paupière inférieure, et de rétablir tout l'appareil lacrymal. Ce projet hardi, exécuté avec toute l'habileté qui caractérisait ce célèbre opérateur, a été couronné du plus brillant succès, malgré les nombreuses difficultés que présentait ce genre de difformité. Le lambeau de peau pris au front a contracté une adhérence solide avec les deux côtés de la brèche du nez, qu'il ferme complètement.

Le canal nasal, le sac lacrymal, se trouvent transformés par ce moyen en un conduit, dont l'extrémité supérieure, évasée en forme de pavillon, reçoit les larmes, tandis que l'inférieure les transmet dans la fosse nasale; d'un autre côté, ce même lambeau, réuni à la partie restante de la paupière inférieure, sert à la relever et à la ramener dans la position normale, où elle remplit parfaitement toutes les fonc-

tions que la nature a assignées aux paupières les mieux organisées.

Il était impossible de tirer meilleur parti du pédicule du lambeau, l'opérateur l'a utilisé d'une manière très-ingénieuse, en l'employant à la restauration complète des voies lacrymales.

Si à cette époque on ne connaissait pas la possibilité d'éviter la section complète du pédicule, moment décisif, dont la mauvaise chance peut annuler tout le succès de l'opérateur, du moins M. Delpech a-t-il dans cette circonstance tiré un grand parti de cette portion du lambeau, qui n'eût été pour tant d'autres rhinoplastes qu'un sujet d'embarras. Il aurait d'ailleurs été très-difficile de remplir les trois indications principales que l'opérateur avait en vue, et de conserver en même temps la continuité du pédicule. Ce qui n'aurait pu être obtenu qu'avec beaucoup de difficulté, en ménageant une languette très-mince à la partie inférieure de l'incision gauche du front. Mais quoiqu'un semblable délabrement des voies lacrymales ne se présente pas ordinairement dans les cas d'absence de la paroi nasale, le procédé opératoire du professeur de Montpellier est celui qui me paraît le plus convenable; abstraction faite des détails étrangers à la rhinoplastie proprement dite, et en ayant soin, comme je l'ai fait pour mon opéré Lanelongue, de conserver la continuité du pédicule, afin de ne pas interrompre la nutrition normale du tissu greffé.

Cette opération, considérée dans son ensemble comme dans tous ses détails, est un des plus beaux triomphe de la rhinoplastie, et une des meilleures preuves à opposer aux personnes qui seraient encore tentées de nier les beaux résultats de cette branche de la chirurgie.

Nous terminerons cet article par quelques mots sur la méthode de Dieffenbach, dont on a proposé l'application dans les cas d'absence congénitale ou accidentelle de toute la paroi du nez. Cette opération ne conviendrait pas dans cette circonstance, parce qu'elle n'est réellement applicable qu'à la restauration de l'aileron nasal. Lorsqu'il manque la moitié de la voûte osseuse du nez, et toute la partie cartilagineuse correspondante, l'extrémité supérieure de la brèche nasale présente une perte de substance trop considérable pour qu'il soit possible de la fermer avec le sommet du lambeau pyramidal, emprunté à la peau de la joue. En admettant même pour un instant, qu'on fît, vers la région malaire, l'emprunt tégumentaire suffisant pour recouvrir toute l'ouverture, il ne pourrait qu'en résulter une difformité très-grande sur cette partie latérale de la face.

De la Rhinoplastie et de la Rhinoraphie, soit dans les cas d'absence congéniale, ou d'enlèvement accidentel de la partie dorsale du nez; soit lorsqu'il s'agit de remédier à l'enfoncement du dos de cet organe; au défaut de soudure de ses deux parois latérales, et quelquefois enfin à sa division transversale.

La difformité nasale, dont je vais m'occuper maintenant, est moins fréquente que la plupart de celles que j'ai déjà énumérées; elle est quelquefois le résultat d'un arrêt d'organogénie qui n'a pas permis la soudure des deux côtés du nez; dans certains cas, elle est causée par une ulcération longitudinale vénérienne ou autre, et très-souvent encore elle est la suite d'une lésion traumatique, particulièrement d'une tentative de suicide par arme à feu dirigée dans la bouche ou sous le menton.

D'après le titre seul de cet article, il est facile de voir qu'on peut former trois classes distinctes de ce genre de difformité.

1° Défaut congénial de soudure des parois du nez (1); et division antérieure, longitudinale ou transversale de cet organe, par l'effet d'une violence quelconque;

(1) On peut rapporter à cette classe les cas de *double nez* qui ne sont autre chose que le défaut d'union de ses deux masses latérales, comme on le voit sur quelques chiens de chasse dont l'espèce est rare et très recherchée.

2° Absence congéniale ou accidentelle de toute la partie dorsale du nez;

3° Enfoncement du nez donnant lieu à une dépression de toute la partie dorsale de cet organe, ou seulement de ses fibro-cartilages.

La plupart de ces lésions nasales n'occupent d'ordinaire que la partie cartilagineuse du nez; parfois, au contraire, la voûte osseuse y participe; c'est ce que nous aurons occasion de démontrer dans les différentes observations que nous consignerons dans cet article.

1° *De la difformité congéniale provenant du défaut de soudure des deux narines, et de la division antérieure, longitudinale ou transversale du nez, par l'effet d'une violence quelconque.*

J'ai rarement eu occasion d'observer ce genre de difformité, dont les auteurs rapportent un assez grand nombre d'observations.

D'ordinaire, la division n'a lieu qu'entre les fibro-cartilages, de manière que la cloison nasale, bilamellée, fournit un petit feuillet à chacune des narines; d'autres fois la cloison reste isolée au milieu; d'ordinaire elle est incomplètement développée, affaissée sur elle-même, et presque toujours un peu déjetée à droite ou à gauche. Cependant l'on voit dans des cas très-rares, le manque de soudure

des deux os carrés du nez co-exister avec la division de tout le reste de l'organe, et avec un bec-de-lièvre compliqué d'écartement des os maxillaires supérieurs.

Cette difformité congéniale de la lèvre supérieure est néanmoins infiniment plus commune que celle du nez. Une circonstance singulière que présentent la plupart de ces *nez doubles*, c'est leur mobilité, ou l'éloignement latéral de leur extrémité lors des contractions des muscles pyramidaux et transverses de la face. Une pareille difformité est non-seulement désagréable à voir, mais elle est surtout incommode par le passage continuel qu'elle livre aux mucosités, lorsque la cloison est déjetée d'un seul côté ou qu'elle manque vers quelques points de sa partie antérieure.

Le traitement opératoire qu'il convient d'appliquer à cette espèce de difformité a les plus grands rapports avec celui qu'on met en usage dans les cas de bec-de-lièvre compliqué d'éloignement des os maxillaires supérieurs.

Il faut commencer par rapprocher le plus possible les parois du nez, au moyen d'un bandage unissant et de deux pelotes convenablement disposées en avant des pommettes. Lorsqu'on sera parvenu à refouler en avant la peau des joues, de manière à rendre son déplacement facile et la jonction des deux bords de la fente praticable, il faut alors faire à droite et à gauche une incision qui pénètre au point de réunion de la

muqueuse nasale avec la peau. On détache cette dernière dans toute sa longueur en donnant à cette dissection deux ou trois lignes de profondeur. Après quoi l'on réunit les deux bords cutanés à l'aide de plusieurs points de suture entortillée, comme le propose Dieffenbach dans toutes les opérations de ce genre. Une précaution importante, et qui rend plus sûr et plus facile le rapprochement des parties, consiste à n'employer que des épingles légèrement courbées, de manière à ce qu'elles puissent parfaitement correspondre à la convexité du nez, ce qui tend à diminuer le tiraillement des fils de la suture. L'opération terminée, on se hâte de rappliquer le bandage unissant, dont l'action contentive contribue puissamment à la prompte cicatrisation et à l'entière consolidation.

Au bout de quatre ou cinq jours les épingles doivent être retirées, sans toucher aux fils qui restent adhérens jusqu'à ce que la suppuration ou la dessication les fasse tomber. Il faut avoir la précaution de continuer pendant quelque temps encore le bandage unissant, afin que les lèvres de la plaie puissent être maintenues dans un rapport très-exact, et que les cicatrices qui se forment ne soient pas exposées à être dilacérées par la disposition qu'auraient les parties à s'éloigner.

S'il s'agissait du genre de difformité qu'on appelle *nez double*, c'est-à-dire l'isolement des deux narines, il faudrait rafraîchir leur bord interne,

et après avoir rendu toute cette partie saignante, on aurait soin de bien l'éponger avant de pratiquer les points de sutures destinés à rapprocher les parties latérales pour ne former qu'un seul nez. On faciliterait le rapprochement des deux feuillets de la cloison à l'aide du bandage unissant. Il conviendrait même pour plus de précaution d'insérer dans l'une et l'autre narine l'extrémité obtuse d'une languette de plomb, qui, pliée sur elle-même, tiendrait en rapport exact les bords libres des feuillets de la cloison nasale, afin d'en rendre l'agglutination plus parfaite. Pour le restant de l'opération, on se comporterait comme je l'ai indiqué dans le cas précédent.

Afin de ne pas augmenter la perte de substance, quelques auteurs ont proposé de remplacer l'excision par l'excoriation des bords de la brèche, au moyen de la pommade épispastique; d'autres chirurgiens se sont bornés à faire de simples scarifications sur les deux lèvres de la division. (Blasius, *Obs. Méd. rarior.*) rapporte un fait de ce genre.

Boyer, dans son *Traité des maladies chirurgicales*, rapporte l'observation d'une semblable opération pratiquée par Henri Roonhuysen. Ce chirurgien ayant été consulté par un homme dont le nez offrait une division de cette espèce, entreprit de le guérir. Comme cette difformité, venue à la suite d'une plaie, durait depuis fort long-temps, celui qui la portait s'était adressé à beaucoup d'o-

pérateurs pour en être débarrassé. Les nombreuses tentatives de réunion n'avaient eu d'autre résultat que de détruire une portion longitudinale du nez et d'élargir par conséquent l'ouverture. Roonhuysen, afin de ne pas augmenter encore la perte de substance, pratiqua seulement sur les bords de la fente de simples scarifications, et les rapprocha au moyen d'épingles et de fils entrelacés (suture entortillée) (1).

Les deux procédés que je viens de décrire constituent essentiellement ce que l'on est convenu d'appeler *rhinoraphie*. Nous verrons dans un des paragraphes suivans que cette opération est également applicable aux divisions accidentelles du nez, soit par cause traumatique agissant de dehors en dedans, comme serait un coup de sabre porté verticalement, soit provenant d'un coup d'instrument acéré et tranchant qui, après avoir pénétré dans le nez, en sortirait en divisant cet organe longitudinalement. Si la plaie était récente, et si les bords n'en étaient pas trop rétractés, on pourrait se borner à tenter la réunion immédiate à l'aide des bandelettes agglutinatives et du bandage unissant.

En 1824, me trouvant à Marseille, je fus requis pour donner des soins à un nommé Bariou qui venait de recevoir en duel un coup de sabre sur le milieu longitudinal de la face; la pointe de l'arme ayant pénétré entre les sourcils, avait

(1) Roonhuysen, *Observation chirurgicale*, n° 24.

fracassé les os propres du nez, incisé les fibro-cartilages vers la partie dorsale de cet organe, effleuré les lèvres et fendu le menton jusqu'à l'os.

Lorsque j'arrivai, le malade me raconta qu'au moment de l'accident, il avait éprouvé une forte commotion qui lui avait fait perdre l'usage de ses sens. Un peu d'eau fraîche qu'on lui jeta sur la figure lui fit aussitôt reprendre connaissance et immédiatement après se déclara une hémorrhagie abondante, surtout de la narine gauche qui se trouvait la plus intéressée. L'écoulement du sang durait encore au moment où Bariou me rapportait les circonstances de sa blessure.

J'enlevai le premier appareil d'attente qu'on avait appliqué; c'étaient deux ou trois compresses trempées d'eau-de-vie camphrée qui n'avaient pas peu contribué à augmenter les douleurs.

Jugeant alors que l'épistaxis traumatique qui durait depuis près d'une heure, pourrait avoir des suites funestes par la trop grande perte de sang qu'éprouverait le blessé je commençai d'abord par laver toutes les parties déchirées et contuses avec de l'eau tiède légèrement aiguisée de quelques gouttes d'eau de Cologne, et je cherchai à découvrir quelle pouvait être l'artériole qui fournissait à l'hémorrhagie. Mais comme le sang coulait en nappe et que la plaie nasale était très douloureuse, toutes mes tentatives devinrent inutiles. La compression était impossible, l'emploi de la sonde

de Belloc impraticable, les lotions froides et styptiques insuffisantes. Il était d'ailleurs important de procéder au plus vite à l'exhaussement et à la coaptation des os carrés du nez, avant que le gonflement inflammatoire vînt y mettre obstacle. Dans cette perplexité, j'avisai à un moyen qui me parut propre à remplir l'indication la plus pressante, c'est-à-dire la cessation immédiate de l'hémorrhagie, ce que j'obtins en provoquant la syncope.

En effet, j'ordonnai au malade qui était couché sur un canapé, de se mettre debout et de rester dans une immobilité parfaite. Au bout de quelques instans, il éprouva des sifflemens d'oreille et un état de malaise qui lui fit désirer de se recoucher; loin d'accéder à ses désirs, je le maintins debout en le fesant soutenir par dessous les aisselles. Peu de momens après, les jambes fléchirent, la figure pâlit, des mouvemens convulsifs se déclarèrent dans les muscles de la face et la syncope eut lieu. La physionomie du malade offrait en ce moment un aspect effrayant qui alarma beaucoup tous les assistans, tandis que j'eus lieu de me féliciter de cette suspension momentanée des fonctions circulatoires et nerveuses qui firent cesser à l'instant même l'hémorrhagie nasale.

Je fis asseoir Bariou sur les genoux de celui qui l'avait soutenu, et profitant de ce moment favorable qui me permettait d'opérer le malade sans lui faire

percevoir la moindre douleur, je me hâtai d'introduire le bout de ma pince à pansement dans l'intérieur des narines pour soulever les os carrés du nez et les remettre dans leur position naturelle, ce que je parvins à faire aisément, malgré la fracture oblique de celui du côté gauche. Mais à peine avais-je terminé de coapter cette voûte osseuse que le malade reprit graduellement ses sens, et vit avec autant de surprise que de satisfaction, son hémorrhagie arrêtée, son nez rehaussé, et sentit la respiration nasale tout-à-fait libre.

Je pratiquai alors cinq points de suture entrecoupée, afin de rapprocher exactement les bords de la plaie du nez, je fis un sixième point pour le milieu de celle du menton, et consolidai la réunion de ces parties à l'aide de bandelettes de taffetas d'Angleterre; après quoi, je plaçai dans la narine gauche un petit rouleau de charpie enduite de cérat et fis coucher le malade. Il fut soumis à une abstinence complète et à l'usage de la limonade.

Le lendemain il y eut du gonflement au nez et aux joues; les paupières étaient tuméfiées, le malade avait de la céphalalgie et un peu de fièvre. La langue, blanchâtre à la base, était piquetée de rouge à la pointe et sur les bords; la région épigastrique fesait percevoir de la douleur à la moindre pression et parfois il survenait des nausées amères qui incommodaient beaucoup le malade, surtout par la crainte qu'il avait d'être obligé de vomir. Le repos,

la tisane acidule fraîche et très légère, quelques demi-lavemens et un cataplasme émollient sur l'abdomen calmèrent assez promptement cette irritation des voies digestives, suite inévitable du premier mouvement réactionnaire. Je ne jugeai pas convenable d'appliquer des sangsues, vu la grande quantité de sang qu'avait déjà perdu l'opéré.

Peu de jours après le gonflement avait entièrement disparu, le calme s'était rétabli, la réunion immédiate avait eu lieu au menton et à la moitié inférieure, tandis qu'une suppuration abondante s'écoulait de la partie supérieure, où la cicatrisation ne put s'établir à cause de la violente meurtrissure des parties, et de la fracture de l'un des os carrés du nez. J'enlevai tous les points de suture, je les remplaçai par quelques bandelettes de taffetas gommé, et au bout d'un mois de soins et de précautions, qui consistaient surtout en fomentations émollientes fréquemment répétées, mon malade fut complètement guéri de sa blessure et de sa difformité. Il n'est résulté de tout ce délâbrement qu'une cicatrice linéaire un peu latérale, vers le côté gauche du nez, et un léger enfoncement de la paroi antérieure du sinus frontal correspondant. Six mois après me trouvant à Saint-Cannat, je fus agréablement surpris d'y recevoir la visite de Bariou qui se rendait à Toulouse pour aller y exercer son état de coiffeur. Sa blessure ne lui avait laissé aucune incommodité.

Relativement à la rhinoraphie applicable aux cas de destruction plus ou moins complète du nez, par suite d'un coup de feu agissant de bas en haut, c'est-à-dire du plancher des fosses nasales vers la voûte osseuse formée par le couvercle nasal, nous allons rapporter deux observations importantes publiées par M. Larrey. La première nous tracera quelles sont les ressources que nous offre la rhinoraphie, pour remédier à l'instant même à l'effroyable plaie qui succède à l'explosion d'une arme à feu, qui, tirée dans la bouche, fait sauter une partie de la voûte palatine, la presque totalité de la cloison nasale et des os carrés du nez. La seconde nous indiquera le genre d'opération convenable à l'une de ces graves lésions dont la cicatrisation abandonnée aux seuls efforts de la nature a permis l'établissement d'une difformité affreuse, suite de la perte de substance, et surtout du renversement toujours très-irrégulier des bords de la large brèche qui en est résultée. Afin de compléter tout ce qui nous reste à dire de la rhinoraphie proprement dite, nous terminerons cette partie de notre travail par une troisième observation, qui montrera la conduite à tenir, lorsque, par un coup de sabre, le nez a été presque entièrement détaché.

Observation d'une Rhinoraphie, pratiquée avant la cicatrisation de la plaie produite par un coup de pistolet dirigé vers la voûte palatine.

« M. de R......, garde-du-corps, blessé grièvement d'un coup de feu à la face, fut apporté à l'hôpital du Gros-Caillou, pendant l'hiver de 1815. Ce blessé était mourant, lorsque je le vis à ma première visite, douze heures après l'accident. Le canon du pistolet chargé à deux balles, appliqué contre la voûte palatine et embrassé dans sa circonférence par les lèvres et la mâchoire, éprouva une légère déviation en avant, à l'instant du coup, d'où résulta une explosion très-forte dans la cavité de la bouche, et la sortie des deux balles en dehors par la voûte palatine et le nez. Cette première partie fut détruite dans sa moitié antérieure ; les cloisons osseuses des fosses nasales et celle qui les sépare de la cavité crânienne, furent rompues et brisées en éclats ; la surface extérieure du nez était divisée en trois lambeaux ; un moyen, formé par son extrémité et la sous-cloison, et les deux autres, par les ailes de cette éminence et les points correspondans de la lèvre supérieure ; la portion mitoyenne de cette dernière partie était détruite dans toute son épaisseur, ce qui laissait un vide d'environ deux pouces de circonférence ; les bords en étaient frangés et renversés. Le voile du palais et la base

de la langue avaient été fendus parallèlement d'avant en arrière ; la paroi gauche de la bouche présentait une crevasse remplie de sang coagulé. Toutes les parties de la face et du cou étaient tuméfiées et parsemées d'ecchymoses ; les paupières boursoufflées interceptaient la vision. Les autres fonctions sensitives étaient également suspendues ; le pouls était presque nul, nerveux, et le blessé dans un état permanent de convulsions et d'angoisses ; enfin tout nous faisait craindre une mort prochaine.

» Cependant il était urgent d'explorer tous les points de la plaie, pour en extraire les corps étrangers, et de la simplifier autant que possible à l'effet d'obtenir la réunion plus ou moins exacte de ses bords.

» Après avoir préparé un appareil convenable, je procédai d'abord à l'extraction de plusieurs fragmens osseux du palais et des fosses nasales ; je débridai quelques points des bords de la plaie ; je rafraîchis ceux qui étaient attrits et irréguliers ; je pratiquai ensuite onze points de suture entrecoupée, pour réunir exactement les trois lambeaux du nez et les bords irréguliers et très-écartés de la lèvre supérieure, avec la précaution de comprendre dans le point mitoyen la sous cloison du nez. Plusieurs autres points de suture furent faits dans l'intervalle des premiers, à l'effet de mettre les parties dans le rapport le plus exact. Pour favoriser le rap-

prochement des os maxillaires, je passai un fil de platine autour des deux dents canines où se bornait la perte de substance. J'introduisis dans le nez deux portions de grosses sondes de gomme élastique, à l'extrémité desquelles j'avais passé un cordonnet de fil pour les fixer dans cette position. Ces canules, en favorisant le passage de l'air pour servir à la respiration, ont puissamment concouru à conserver la forme de cette éminence. De petites compresses graduées, placées sur ses côtés et dans les fosses canines, rapprochées et soutenues par un bandage contentif unissant, ont achevé cette opération difficile et laborieuse.

» A peine fut-elle terminée que le malade se trouva soulagé, et les accidens nerveux qui annonçaient le tétanos, s'apaisèrent immédiatement. Je profitai de ce moment de calme pour le mettre dans un demi-bain chaud et lui faire avaler, à l'aide d'un biberon, des boissons rafraîchissantes anti-spasmodiques à la glace; la déglutition était extrêmement difficile; mais à force de soins et de patience elle se rétablit graduellement. La nuit fut assez tranquille; dès le lendemain, un mouvement de fièvre traumatique se déclara avec des symptômes de céphalalgie et de suffocation prochaine. Nous nous empressâmes de faire poser une douzaine de sangsues autour du cou, des ventouses scarifiées à la nuque et sur la poitrine; une saignée du pied fut pratiquée, et nous continuâmes l'usage des

mêmes boissons et des lavemens purgatifs. Tous les accidens se dissipèrent rapidement, et le malade recouvra l'usage de ses sens, à l'exception de l'odorat dont il est privé. L'appareil ne fut levé que le huitième jour; la réunion des plaies était presque complète et très uniforme; quelques bandelettes agglutinatives suffirent pour en achever la cicatrisation; mais l'intérieur des fosses nasales et la voûte du palais fournirent, pendant quelque temps, une suppuration abondante, qui fut suivie de l'exfoliation ou de l'évulsion de plusieurs esquilles provenant des os propres du nez, des cornets et de la portion de l'os maxillaire, échancrés par les balles. L'écrasement de la voûte osseuse du nez avait produit le larmoiement aux deux yeux, avec fistule lacrymale par le déplacement ou l'obturation momentanée du canal nasal. L'usage des sondes dont nous avons parlé, le replacement journalier que nous faisions avec une sonde mousse des fragmens osseux qui étaient restés à la racine du nez, et quelques injections dans les points lacrymaux, au moyen de la seringue d'Anel, rétablirent le cours des larmes, et les fistules disparurent. Les deux os maxillaires se sont aussi graduellement rapprochés, de manière à faire disparaître le trou qui établissait une communication entre la bouche et les fosses nasales, et à mettre le malade dans le cas de ne pas avoir besoin d'obturateur.

« Enfin, après deux mois et demi de soins,

M. R... a été rendu à sa famille, très bien portant et sans difformité sensible. »

Observation de Rhinoraphie pratiquée par M. LARREY, *pour remédier à une ancienne difformité de la face, résultat d'un coup de fusil tiré dans la bouche, qui avait fracassé la voûte palatine, et déchiré la totalité du nez.*

En 1820, le docteur Zink, chirurgien-major à l'hôpital de Givet, lui adressa un nommé Gourieux, sous-officier de la légion de l'Aude, affligé d'une difformité nasale qui rendait son aspect horrible à voir. C'était le résultat d'une tentative de suicide par arme à feu.

Il y avait environ dix-huit mois que ce malheureux, voulant se détruire, appliqua le canon de son fusil armé sous la voûte palatine, tandis qu'avec le bout de son pied il fit partir la détente. L'arme s'étant un peu inclinée en avant au moment de l'explosion, la balle monta verticalement dans l'épaisseur et au milieu de la voûte palatine, traversa le nez et sillonna la peau du front. « Toute la portion palatine des os maxillaires, dit M. Larrey, comprise entre les deux dents canines supérieures, fut emportée; les portions labyrinthiques du nez, ses os propres, et les cartilages de cette éminence furent détruits ou expulsés. Les deux ailes du nez étaient rétroversées en dehors et

en arrière, la sous-cloison faisant partie de la narine gauche. » On appliqua d'abord quelques émolliens, et l'on se borna à l'emploi d'un appareil simplement contentif. Comme dans presque toutes les plaies de la face, la cicatrisation ne tarda point à s'établir, mais avec un état d'écartement et de renversement des bords frangés de l'énorme ouverture qu'avait laissée la perte de substance (1). Ces bords ayant contracté une adhérence intime avec la face externe des apophyses montantes des os maxillaires, donnaient lieu à deux échancrures inégales, l'une à droite, et l'autre du côté opposé, de couleur rouge inégale, et présentant un aspect repoussant. Par suite de ce grave accident, Gourieux fut privé de l'odorat, ses mouvemens de mastication étaient très-gênés ainsi que sa prononciation; il pouvait à peine se faire comprendre. Voici quelle fut l'opération que pratiqua M. Larrey pour remédier à cette affreuse difformité :

Le sujet étant assis sur une chaise, l'opérateur commença par détacher les bords de la peau qui étaient adhérens dans tout le pourtour de cette énorme ouverture; il en poursuivit la dissection à plusieurs lignes d'étendue, vers les pommettes, afin d'obtenir une assez grande quantité de peau pour recouvrir tout l'espace compris d'une échancrure à

(1) Le portrait de Gourieux, avant et après l'opération, se trouve au nombre des dessins qui font suite à ce travail.

l'autre et obtenir au milieu une adhérence entre ces deux prolongemens tégumentaires : il détruisit ensuite celle que les ailes du nez et les deux divisions de la lèvre supérieure avaient contractées avec les bords de l'échancrure palatine : cette dissection fut longue, difficile et ne pouvait être que très-douloureuse.

Après avoir ainsi détaché toutes les parties molles qui appartenaient jadis au nez, ou pour mieux dire les débris de cet organe, M. Larrey en rafraîchit les bords à l'aide de ciseaux évidés, ayant l'extrême attention de donner à chaque coupe la disposition la plus convenable pour l'affronter d'une manière exacte et uniforme avec celle du côté opposé.

« Cette dissection finie, dit M. Larrey, les parties furent lavées et abstergées, je fis trois points de suture provisoires ou d'attente; le premier, au milieu de la côte du nez; le second, au sommet de cette éminence et vers la sous-cloison des narines, que j'avais eu soin de conserver; le troisième aux deux bords de la lèvre supérieure. Je réunis ensuite et maintins rapprochés les bords rafraîchis de toute la côte du nez, où j'avais placé le premier lien d'attente, au moyen d'une suture enchevillée, composée de six anses de fil, à l'effet de ramener de loin la portion de peau qui formait ces bords et d'en prévenir la déchirure qui aurait eu lieu, si j'avais employé la suture entrecoupée, car celle entortillée aurait été impraticable. »

Le sommet du nez et la sous-cloison furent réunis au moyen d'un point de suture entrecoupée, parce qu'il n'était pas nécessaire d'exercer une forte traction pour mettre ces deux parties dans un rapport exact; enfin les bords de la division de la lèvre, après avoir été détachés de l'os maxillaire, furent rafraîchis uniformément et réunis au moyen de la suture entortillée comme on l'aurait fait dans un cas de simple opération du bec-de-lièvre: immédiatement après on appliqua un bandage contentif et unissant, afin de soulager les points de suture et d'en augmenter les bons effets.

L'opéré fut mis à la diète et à l'usage des boissons adoucissantes. Durant les deux premiers jours, il fut calme et sans fièvre; mais parvenu au troisième, l'inflammation acquit de l'intensité, et il y eut un léger accès de fièvre accompagné de céphalalgie. Une saignée et quelques sangsues appliquées sur les régions canines, des pédiluves et une tisane mucilagineuse calmèrent le malade, qui fut bientôt en état de manger. Les plaies marchèrent rapidement vers la guérison.

Au neuvième jour de l'opération, M. Larrey enleva tout l'appareil, trouva les bords de la plaie parfaitement cicatrisés et dans une très-heureuse disposition. Cependant il jugea convenable, par excès de précautions, de laisser encore les chevilles et les épingles en place jusqu'aux dixième jour, époque où tous les moyens d'union furent totalement enlevés.

La cicatrice était uniforme et linéaire ; le nez a repris une conformation assez régulière, de telle sorte que la physionomie du sujet n'offre plus rien de pénible à la vue. La parole, la prononciation et la mastication ont repris de la régularité et se sont perfectionnées ; l'écartement considérable qui existait entre les deux os maxillaires supérieurs s'est déjà considérablement resserré, de telle sorte que l'harmonie de la face doit nécessairement s'améliorer d'un jour à l'autre.

Enfin la guérison de Gourieux est arrivée au degré de perfection que représente le dessin consigné à la fin de cet ouvrage.

Observation d'un raccoutrement de nez, mutilé par un coup de sabre porté dans une direction presque transversale.

Durant la mémorable campagne de 1812, un colonel russe reçut de l'un de nos cavaliers un coup de sabre qui lui coupa le nez à sa base et dans toute sa longueur. Le tranchant de l'arme ayant porté obliquement, avait pénétré jusque dans l'épaisseur des deux os maxillaires supérieurs, et divisant toutes les parties qui se trouvèrent sur son passage, parvint même dans la cavité de la bouche. La lèvre supérieure, une partie des joues et de la voûte palatine fesaient partie du lambeau renversé sur le menton, et ne tenait au reste de la face

que par deux petites languettes appartenant à la lèvre supérieure. On pouvait donc apercevoir toute l'étendue des fosses nasales et la cavité de la bouche dépouillée de l'arcade alvéolaire supérieure. On se disposait déjà à séparer complètement le lambeau, parce qu'il ne tenait à la face que par une très-petite étendue de tissu, et qu'en outre il était froid, lorsque M. Larrey, chirurgien en chef de notre grande-armée, arrivant au moment où les ciseaux du chirurgien allaient opérer cette section, se décida à tenter sa réunion par l'emploi de nombreux points de suture convenablement disposés. « J'eus quelque peine, dit-il, à enlever des caillots de sang qui remplissaient les fosses nasales et que la poussière avait rendus concrets. Je détachai ensuite la portion de la voûte palatine qui tenait au lambeau (1). Elle se composait de la moitié antérieure de l'arcade alvéolaire supérieure. Elle avait été séparée du reste de la mâchoire, d'un côté, entre la canine et la première molaire; et de l'autre, entre les deux premières molaires. Je détachai aussi du lambeau plusieurs portions des os propres du nez et des apophyses montantes des os maxillaires. Je remis en rapport le nez et la lèvre, et je procédai à leur réunion par la suture entrecoupée, commençant par

(1) Il me semble que M. Larrey aurait pu tenter de conserver la portion de la voûte palatine qui était restée adhérente au lambeau, parce qu'on pouvait en espérer la soudure avec la surface fracturée correspondante, sauf à y renoncer plus tard en cas de non réussite.

la racine du nez, et descendant successivement sur ses côtés, dont les bords furent réunis par dix points parallèles de suture. Un linge fenêtré, trempé dans l'eau salée, fut appliqué sur toute l'étendue du triangle qui indiquait la place. J'introduisis dans les narines deux portions de grosse sonde de gomme élastique, pour en conserver la forme et le diamètre. Elles furent assujéties à l'extérieur au moyen d'un cordonnet de fil que j'avais passé à leur extrémité antérieure. Des compresses graduées furent placées sur les côtés du nez, et un bandage contentif termina l'appareil. J'eus la satisfaction d'apprendre, à mon retour de Moscou, que cet officier supérieur était parfaitement guéri et sans nulle difformité. »

Cette cure est une des plus remarquables parmi toutes celles de ce genre connues jusqu'à ce jour. La profondeur et la gravité de la blessure, vu le nombre et la variété des parties intéressées; l'étroitesse des deux pédicules qui entretenaient la communication circulatoire entre l'énorme lambeau et le reste de la face; le nombre et l'importance des fragmens osseux détachés de la mâchoire supérieure, étaient tout autant de conditions défavorables au succès de ce raccoutrement *naso-labial*. Une réunion parfaite et exempte de difformité a cependant été obtenue, le nez et la lèvre supérieure ont repris leur position normale et retrouvé leur degré de nutrition naturelle qu'on avait d'abord

cru impossible de leur rendre. Enfin, grâce à l'habileté opératoire du digne chef de notre chirurgie militaire, ce colonel russe, qui semblait condamné pour le reste de sa vie à une difformité épouvantable, peut encore jouir de tous les avantages de la vie sociale dont il aurait été privé sans le talent de son opérateur.

Pendant les guerres de la république et de l'empire, époques où la plupart de nos grandes batailles se terminaient par de belles charges de cavalerie, il est fréquemment arrivé que des coups de sabres, portés en travers de la figure, ont entièrement divisé le nez, de telle sorte que le tronçon inférieur, plus ou moins déformé par la violence du coup, n'était parfois remis en rapport avec le reste de l'organe que d'une manière très-irrégulière. Aussi est-il arrivé dans maintes circonstances que la cicatrice qui s'en est suivie a été difforme, et que la réunion même des deux plaies ne s'est opérée qu'incomplètement.

Une difformité de ce genre s'étant présentée à mon observation, et le raccoutrement nasal que j'entre pris ayant parfaitement réussi, je vais en consigner la relation dans cette section de mon travail, parce qu'il rentre dans le cadre rhinoplastique que nous allons terminer dans le paragraphe suivant :

A la bataille de la Waterloo, le nommé Javet, grenadier de la garde, ayant reçu dans la mêlée un coup de sabre qui lui divisa le nez en travers, immédia-

ment au-dessous de la voûte osseuse de cet organe, continua à combattre vaillamment malgré sa blessure, et fut un des derniers à quitter le champ de bataille. Un fort caillot de sang obstruait en partie ses fosses nasales et l'intervalle situé entre les deux lèvres de la plaie. Notre grande armée qui succombait dans ce jour néfaste sous le poids d'une fatalité désastreuse, qui rendit inutile son courage héroïque, ayant été repoussée sur tout les points et mise en déroute, Javet, obligé de suivre sa compagnie, se borna à placer sa cravate autour de la figure, pour maintenir son nez dans sa position naturelle. La forte hémorrhagie qu'il avait éprouvée durant le combat, prévint le développement d'une violente inflammation, ce qui simplifia la guérison de sa blessure, quoique la marche rétrograde et précipitée de nos troupes ne pût lui permettre d'aller réclamer des soins plus méthodiques ; enfin la plaie se cicatrisa en peu de jours, mais d'une manière incomplète et irrégulière. Le lobe nasal était un peu incliné du côté gauche, et présentait à sa partie dorsale droite un hiatus transversal, large d'une ou deux lignes, communiquant dans les fosses nasales, et qui provenait de la cicatrisation isolée de ces deux points correspondant aux deux bords de la plaie. L'ensemble de la cicatrice présentait une espèce d'S italique, inclinée en travers et déprimée vers le milieu.

Peu de temps après, Javet quitta le service mi-

litaire et reprit sa première profession d'ébéniste. Sa difformité nasale, outre l'incommodité réelle qu'elle lui causait, inspirait du dégoût à tous ceux qu'il approchait, et finit par devenir pour ses camarades un sujet continuel de mauvaises plaisanteries, qu'il ne supportait qu'avec beaucoup d'impatience. Ne pouvant, malgré l'extrême pétulance de son caractère et sa bravoure bien reconnue, régenter tous ceux qui s'égayaient à ses dépens, il avait pris le parti de parcourir presque toutes les grandes villes de France, où il espérait trouver de l'ouvrage, et se soustraire aux quolibets. Ce fut dans une de ces tournées que, l'ayant rencontré en 1824 sur un des quais de Marseille, je l'abordai et lui proposai, sans autre préambule, de corriger en peu de jours la difformité dont il était incommodé. Mon offre lui parut si franche et si désintéressée, qu'en vrai soldat il me demanda le jour et l'heure de l'opération; je l'accompagnai chez lui, et je fis aussitôt toutes mes dispositions pour procéder à l'opération suivante :

Après avoir examiné avec soin la disposition vicieuse du lobe nasal, relativement au reste du nez, j'acquis l'intime conviction qu'il fallait presque rétablir la blessure à son état primitif, pour obtenir une cicatrisation régulière, seul moyen de remédier à la difformité et à la fistule aérienne. Je ne pus cependant me dissimuler que le raccornissement et le renversement d'une étendue assez considérable

des bords de l'ancienne plaie, ayant donné lieu à une cicatrice inégale, surtout à la partie antérieure, je n'aurais point les mêmes chances de réussite qu'aurait pu m'offrir ce raccoutrement nasal, immédiatement après la blessure.

Javet assis sur une chaise et placé à un jour favorable, j'introduisis l'extrémité de l'index gauche dans la narine, où correspondait l'hiatus dont nous avons fait mention, et je pratiquai, à l'aide d'un petit bistouri à lame convexe, une incision correspondant à la ligne antérieure et postérieure de la cicatrice; je répétai la même opération du côté droit, de manière que la cicatrice tégumentaire fût remplacée par la plaie que je venais de faire; cela fait, j'exerçai une pression latérale de droite à gauche pour ramener le lobe nasal dans sa direction naturelle. Mais à mon grand étonnement, toute tentative fut inutile: cet effort de traction ne déplaçait qu'imparfaitement le lambeau nasal, qui revenait immédiatement après sur le côté droit, aussitôt que je l'abandonnais à lui-même. Un instant de réflexion me donna bientôt l'explication de cette singulière déviation du bout du nez. En effet, le coup de sabre qui avait porté en travers sur la partie centrale de la face, devait avoir inévitablement divisé la cloison nasale en même temps que les autres fibro-cartilages qui constituent le nez, et qu'elle est destinée à soutenir; il était donc naturel d'admettre que les bords incisés de cette cloi-

son n'ayant été rajustés que dans une direction oblique à droite, le lobe nasal devait conserver cette même direction, malgré les efforts contraires que je lui opposerais, et quel que fût le genre de cicatrice extérieure que je pusse établir. Il me fut très-facile d'acquérir la preuve de cette courbure de la cloison, en introduisant plus profondément le doigt dans les narines. Je reconnus à droite un angle rentrant, et de l'autre côté un angle saillant, correspondant tous les deux à la ligne de section qu'avait dû parcourir le tranchant du sabre. Je ne vis qu'un seul moyen de remédier à cet inconvénient, c'était de renouveller la section primitive de la cloison, ce que je fis aussitôt à l'aide d'une paire de ciseaux droits, forts et bien acérés. Immédiatement après cette division, le lambeau nasal devint très-mobile et put se mettre en rapport tout-à-fait direct avec la plaie supérieure.

Cependant la cloison nasale présentait encore un léger obstacle à une parfaite coaptation des parties, ce qui provenait principalement de la forme recourbée que présentait le segment inférieur. Il est évident que se trouvant ramené sur la ligne médiane, son bord fraîchement taillé devait présenter une direction oblique qui ne permettait son contact avec le segment supérieur que d'une manière très-incomplète, c'est-à-dire par son côté gauche seulement. Cette circonstance avait le double inconvénient, de disposer la partie inférieure de la cloison

à revenir du côté droit, et de rendre sa soudure difficile et incomplète dans le cas où un bandage fortement contentif aurait fixé le lobe nasal dans sa position rectiligne. A cette difficulté se joignait aussi une légère rétraction des tégumens qui rendait encore plus saillante cette partie de la cloison. Je me décidai alors à exciser une ligne de ce cartilage pour deux motifs; le premier, afin d'établir un parallélisme de surface entre les sections inférieure et supérieure; la seconde, pour niveler le segment de la cloison avec la peau nasale, ce qui était d'une grande importance pour pratiquer les points de suture sans trop tirailler les chairs; restait encore un point essentiel de l'opération que je vais relater, afin de compléter la description de mon procédé rhinoraphique.

Le lecteur doit se rappeler que l'hiatus ou fistule aérienne dont nous avons parlé, occupait une certaine étendue de la narine gauche, vers son extrémité antérieure. Dans l'espace de quelques lignes qu'occupait cette ouverture, la peau s'étant recourbée en dedans, et la muqueuse en dehors, ces deux tissus se trouvaient réunis comme cela a naturellement lieu aux lèvres. Je n'eus alors qu'à inciser entre ces deux membranes de rapport, je les séparai complètement, et après avoir rendu à peu près uniforme la totalité de la section, tant en haut qu'en bas, je procédai à la réunion immédiate au moyen de six points de suture, trois à droite et les

autres à gauche. J'introduisis dans chaque narine un petit bourdonnet de charpie enduit de cérat; j'appliquai sur les parties latérales du nez des compresses graduées, et je les fixai à l'aide de quelques tours de bande, afin que le tronçon nasal fût bien maintenu sur la ligne médiane. L'opération terminée, Javet fut mis au lit, soumis à la diète sévère, et à l'usage de l'eau gommée légèrement acidulée.

Le lendemain le nez, sans être très-douloureux, avait acquis du gonflement, et faisait éprouver au malade un battement intérieur pareil à celui qui précède un fort épistaxis. Mon élève, M. Gingibre, que j'avais laissé de garde auprès de l'opéré, jugea convenable de lui pratiquer une saignée au bras, ainsi que nous en étions convenus dans le cas où une congestion faciale tendrait à s'établir. Le dégorgement fut si rapide, qu'à l'heure de ma visite il n'en restait presque plus de traces. Javet ne se plaignait que de l'incommodité que lui causaient les compresses graduées et les tours de bandes qui les maintenaient. On les lui enleva aussitôt, ainsi que le bourdonnet de charpie que j'avais introduit dans la narine droite.

Le jour suivant les trous des points de suture laissèrent suinter un peu de sérosité purulente; le nez était chaud, douloureux et légèrement enflé; la respiration n'était pas libre par les narines, à cause de quelques gouttes de sang qui s'y étaient

figées et qui obstruaient le passage. Il fut facile de remédier à cet embarras, au moyen d'un pinceau à miniature trempé dans de la décoction de graine de lin. Javet s'en trouva si bien, qu'il procédait lui-même à cette espèce de lotion.

A dater du troisième jour, la faim devint si pressante qu'il fallut céder aux désirs du malade et lui donner de la soupe à discrétion. La cicatrisation s'établissait avec régularité, le nez reprenait sa couleur naturelle, l'engorgement avait cessé. Voyant que le lobe nasal conservait sa position médiane, je me hasardai à enlever un point de suture de chaque côté, le lendemain un autre, et le cinquième jour les deux derniers.

Au sixième jour, la cicatrisation était presque achevée en dehors, tandis que les narines laissaient écouler une assez grande quantité de pus dont la sortie, quoique diminuant tous les jours, persista durant trois ou quatre semaines; ce que j'attribuai au retard que les surfaces cartilagineuses faisaient éprouver à la cicatrice intérieure. Javet sortait depuis environ douze jours, qu'il rendait encore quelques mucosités purulentes.

Enfin, ce ne fut qu'un mois après l'opération, que le nez, parfaitement consolidé et bien ajusté dans sa position naturelle, fut entièrement guéri. Javet put alors retourner à ses travaux d'ébéniste, après avoir célébré son raccoutrement nasal par de larges libations que lui offrirent ses camarades,

qui s'étaient vivement intéressés au succès de ma tentative opératoire.

II. *Absence de toute la partie dorsale du nez, soit par un arrêt d'organogénie, soit par l'effet d'une ulcération vénérienne, cancéreuse ou scrofuleuse.*

La cause qui donne lieu à cette difformité n'est d'aucune importance, relativement au procédé rhinoplastique qu'on doit lui opposer. Mais dans ce genre de lésion nasale, comme dans les cas précédens, il faut toujours établir en principe que lorsque la perte de substance est le résultat d'un virus, ce ne doit être qu'après avoir acquis la preuve positive de sa guérison radicale qu'on doit entreprendre l'opération. L'oubli de cette précaution pourrait avoir des suites très-graves, ainsi que je l'ai déjà rapporté à propos d'une rhinoplastie de M. Delpech et de celle pratiquée par M. Thomin.

Cette brèche plus ou moins considérable du dos du nez peut occuper toute la longueur de l'organe, ou n'intéresser que la partie antérieure des fibro-cartilages. Dans l'un et l'autre cas on ne doit se décider à la rhinoplastie de préférence à la rhinoraphie que lorsque la largeur de l'ouverture ne laisse point espérer la possibilité de rapprocher suffisam-

ment les bords rafraîchis des parties tégumentaires, pour les réunir sur la ligne médiane. Toutefois, si par l'effet de tractions violentes, la mise en rapport des deux bords cutanés n'avait d'autre résultat que de former un nez totalement aplati ou punais, mieux vaudrait alors recourir à l'emprunt d'un lambeau longitudinal pris sur le milieu du front.

Une autre circonstance qu'il convient de ne point omettre, c'est d'examiner avec soin, si le bord antérieur de la cloison nasale est assez proéminent pour servir de point d'appui à l'opercule allongé qui doit fermer la brèche et simuler le dos du nez. Une semblable disposition ayant lieu, il faudrait avoir soin de scarifier le bord du *septum nasal* afin de lui faire contracter adhérence avec la face interne du lambeau. Si au contraire la cloison était enfoncée ou déviée dans l'intérieur des fosses nasales, il faudrait éviter avec soin l'adhérence dont nous avons parlé dans le premier cas, parce qu'elle aurait l'inconvénient de déterminer l'enfoncement du lambeau, ce qui nuirait au succès de l'opération.

Voici en peu de mots quels sont les principes généraux de cette rhinoplastie partielle.

Après avoir découpé sur un morceau de papier un patron correspondant exactement à la forme et à l'étendue de l'ouverture qu'il s'agit d'oblitérer, on trace sur la ligne médiane du front les contours du modèle, en ayant soin de donner au dessin un

tiers de plus d'étendue, afin d'obvier à la rétraction du tissu. S'il était nécessaire de former aussi le bord inférieur de la cloison, il faudrait donner une largeur double à la partie du lambeau, pour qu'il pût être doublé en travers, comme je l'ai indiqué à l'occasion du nommé Lanelongue; on obtient par ce moyen une espèce de pilier qui a l'avantage de soutenir la pointe du nez et de former la séparation des deux narines.

Toutes ces dispositions prises et le malade placé dans une position convenable, on procède de la manière suivante au premier temps de l'opération :

1° Rafraîchir les bords de la cicatrice ou de la brèche congéniale, en excisant de dehors en dedans, afin de couper plutôt aux dépens de la peau que de la muqueuse, ce qui expose beaucoup moins à un refoulement intérieur des lèvres du lambeau (1).

2° Prendre, relativement à la portion existante de la cloison et à l'appendice cutané que l'on doit y joindre pour former la séparation inférieure des narines, toutes les précautions nécessaires que nous avons précédemment indiquées.

3° Disséquer le lambeau frontal en procédant de bas en haut, ayant soin de réunir à angle aigu les extrémités supérieures des deux incisions, afin de fa-

(1) Il ne faut pas négliger d'établir autant que possible, une direction rectiligne et parallélique entre l'incision droite et la gauche.

ciliter la réunion exacte des bords de la plaie (1). Se conformer, pour le reste de ce troisième temps de l'opération, aux règles que nous avons établies pour la rhinoplastie de tout le couvercle nasal.

4° Dans le cas où la difformité n'occuperait que la partie antérieure des fibro-cartilages du nez, pratiquer en avant des os carrés une gouttière assez large pour y loger le pédicule du lambeau afin de pouvoir conserver sa continuité, ce qui offre toujours plus de chances de succès et prévient, à coup sûr, l'atrophie ultérieure de la partie greffée, puisqu'elle conserve une partie de sa nutrition normale.

5° Renverser le lambeau frontal, le contourner de droite à gauche et le mettre en rapport immédiat avec les bords saignans de la brèche qu'il doit oblitérer : l'y fixer au moyen de huit ou dix points de suture entrecoupée légèrement serrés, afin qu'ils ne déchirent pas les bords de la plaie lorsque l'engorgement inflammatoire surviendra. Si l'extrémité inférieure du lambeau est terminée par un appendice destiné à former le bord inférieur de la cloison, on se conforme pour cette partie de l'opération aux principes que nous avons suffisamment détaillés dans les rhinoplasties précédentes.

(1) Bien entendu qu'avant de coapter le lambeau sur le nouvel emplacement qu'il doit occuper, il est nécessaire de retrancher toute la partie inutile de son prolongement angulaire, pour ne laisser à l'appendice que le degré de longueur nécessaire à la formation de la sous-cloison nasale.

6° Comme dans cette opération la partie de peau excisée au front n'est pas très-large, puisqu'il ne s'agit que de refaire la région dorsale du nez, on doit dans cette circonstance essayer de réunir la plaie frontale par première intention. Il serait alors avantageux d'employer, comme le pratiquait M. Delpech, quelques points de suture soutenus par des bandelettes agglutinatives; un bandage unissant, convenablement disposé, pourrait être aussi d'une utile application.

Relativement à toutes les autres particularités opératoires que nous avons passées sous silence, parce qu'elles ne sont que d'un intérêt secondaire et qu'elles doivent subir de nombreuses modifications, suivant les dispositions accidentelles que présente la difformité, la nature des tissus qui la bornent, et parfois même leur altération plus ou moins profonde, l'opérateur ne peut réellement prendre conseil que des circonstances qui se présentent.

Pour compléter ce qui me reste à dire sur la partie de la rhinoplastie dont je viens de faire l'exposition, je vais rapporter le résumé analytique d'une des opérations de ce genre pratiquée par Dieffenbach.

Formation de la partie antérieure du nez avec la peau du front, et renouvellement de la cloison nasale au moyen d'un appendice cutané pris au cuir chevelu.

Un homme ayant éprouvé une destruction considérable du nez par l'effet d'une syphilis dont il avait été atteint dix ans auparavant, et qui n'avait été combattue que par des palliatifs, s'adressa à Dieffenbach pour se faire raccoutrer le nez. «La voûte osseuse du nez, dit cet auteur, était conservée, mais la partie antérieure et cartilagineuse était détruite ; le bout et la cloison manquaient entièrement, de sorte que la tête étant fléchie en arrière, on pouvait porter ses regards dans l'intérieur de la caverne. » Après avoir fait subir au malade un traitement méthodique qui fit cicatriser les ulcères vénériens, Dieffenbach se décida à pratiquer l'opération suivante :

Il commença par enlever les lambeaux inégaux du bord inférieur ; il fendit ensuite de bas en haut et jusqu'aux os, la partie moyenne des débris enfoncés du nez, il détruisit les adhérences que les deux ailes du nez, surtout la gauche, avaient contractées à l'intérieur et les attira au-dehors.

Après avoir ainsi rafraîchi et égalisé tous les bords du moignon nasal, afin de pouvoir les mettre en rapport exact avec le lambeau cutané qu'il devait

emprunter au front, il procéda aussitôt à la formation de ce dernier.

Comme le sujet avait une grande figure, les yeux saillans, la bouche fort grande, les lèvres très-épaisses, et en un mot, tous les traits fortement prononcés, il fallait éviter avec soin que le nouveau nez ne fût trop petit. Le front ne paraissant point assez haut, pour fournir la totalité du lambeau nécessaire au confectionnement de la partie antérieure du nez, et à l'établissement de la sous-cloison, Dieffenbach fut obligé de prendre cette dernière dans le cuir chevelu, dont il avait préalablement rasé la région *sus-coronale*.

Il commença par tailler la cloison, en faisant au vertex deux incisions parallèles qu'il réunit au sommet en les ramenant obliquement en arrière, de manière à former un triangle très-aigu. « Une incision transversale à ce sommet, dit l'auteur, aurait donné de suite la forme convenable au lambeau; mais il en serait résulté au vertex une plaie carrée que j'aurais eu de la peine à réunir, et qui aurait nécessité de nouveau l'excision d'un petit lambeau triangulaire. » Cela fait, Dieffenbach prolongea les deux incisions jusqu'à la racine du nez, ayant soin de donner plus d'étendue à celle du côté droit, de telle sorte qu'il la fit arriver jusqu'au rebord supérieur de l'ouverture nasale.

Le lambeau fut alors disséqué de haut en bas; sa longueur frontale était de deux pouces et demi,

et sa plus grande largeur, environ la moitié. Lorsque l'hémorrhagie eut complètement cessé, Dieffenbach procéda à la réunion de la plaie du front par le moyen de la suture entortillée ; les bords de cette plaie se réunirent exactement partout, si ce n'est sur un seul point de l'étendue d'une pièce de dix sous.

Cela fait, le lambeau fut convenablement disposé sur la brèche nasale et mis en rapport exact avec les bords saignans de cette dernière par un nombre suffisant de points de suture entortillée ; l'opération fut terminée par le greffement de la bandelette destinée à former la cloison, qui fut fixée à l'aide de trois points de suture.

Les changemens que le lambeau subit pendant et immédiatement après l'opération, furent très-peu sensibles. Aussitôt après avoir été détaché, il pâlit beaucoup, sans que ses bords devinssent violets, ni qu'il s'y formât des taches bleuâtres. Ce laps de temps écoulé, l'épiderme commença à se tendre un peu, et huit heures après l'opération, toute l'épaisseur du lambeau se gonfla en totalité mais en conservant toujours sa teinte pâle.

« Le pansement, rapporte Dieffenbach, consista en fomentations glacées sur le front et en fomentations d'eau froide légèrement vineuse sur le nez(1).

(1) Dieffenbach supposant que le lambeau reçoit une plus grande quantité de sang qu'il ne peut en renvoyer dans la circulation générale, favorise tou-

Je prescrivis en outre une boisson saline et un régime anti-phlogistique. Le soir il survint une forte fièvre qui dura jusqu'au cinquième jour. Le nitre, les acides, deux saignées de douze onces, un régime très-exigu, modérèrent la violence de cette réaction générale. Des sangsues furent appliquées localement, et l'on continua les fomentations froides sur le front. A cette époque, au lieu de fomentations avec l'eau vineuse sur le nez, j'employai une *eau d'arquebusade de Théden* très-étendue, deux onces sur douze onces d'eau, rendue nécessaire par l'inflammation vive et la tuméfaction considérable du nez et des alentours. Le lambeau était alors de couleur rouge, avec l'épiderme luisant, et les bords teints d'un rouge foncé. La même teinte se voyait aussi sur les limites de la plaie frontale, qui fournissait une suppuration tenue. Les premières aiguilles furent enlevées au bout de vingt-quatre heures, et les dernières le troisième et quatrième jours. » A cette époque, la moitié supérieure de la plaie du front s'était réunie par première intention,

jours son hémorrhagie, et le recouvre ensuite de fomentations glacées, afin de s'opposer par ce moyen à la trop grande distension, de ses vaisseaux, qui, dit-il, peut arriver au point de lui faire éprouver une espèce d'asphyxie. Quoique j'admette le principe physiologique sur lequel cet opérateur se fonde pour motiver l'emploi du froid sur le lambeau, je suis loin de croire à l'utilité pratique de cette action réfrigérante; d'abord, parce que le froid nuit directement à la cicatrisation, et en outre par ce qu'il peut déterminer dans cet appendice cutané, un état de torpeur qui serait un inconvénient très grave, ou donner lieu à une réaction inflammatoire dont les résultats pourraient avoir des suites fâcheuses.

et la cloison elle-même adhérait complètement à la lèvre supérieure. On bassina le nez et le front avec l'eau de Goulard, et le malade se trouvant très-bien au bout de huit jours, put manger à discrétion et boire du vin; enfin l'on put lui permettre de sortir le quinzième jour.

Quelque temps après, des changemens considérables s'opérèrent. Les bords de la cloison nasale, et la portion du lambeau qui formait la partie supérieure des narines commencèrent à s'arrondir et à prendre une forme convenable. Le dos du nez s'élevait beaucoup et présentait une texture ferme. Son volume avait diminué de près d'un tiers, en sorte que son extrémité, qui, avant l'opération, descendait jusque sur la moitié supérieure de la lèvre, s'était relevée. « Mais, ajoute l'auteur, cette contraction, avantageuse pour la forme générale du nez, avait eu l'inconvénient, par rapport aux anciens restes des ailes, que celles-ci étaient un peu tirées de bas en haut, de sorte que la droite formait quelques petits plis transversaux, et que la gauche, en outre, non-seulement reprit son ancien sillon longitudinal, mais encore s'enfonça un peu. »

Trois semaines s'étaient déjà écoulées depuis l'opération et la plaie du front entièrement guérie, lorsque Dieffenbach entreprit de faire des *corrections au septum nasal*. Les bords externes de cette cloison s'étaient recourbés en dedans, pour adhé-

rer l'un à l'autre dans toute leur longueur, le milieu de leur bord inférieur faisait une saillie désagréable au coup-d'œil. L'opérateur enleva de cette portion moyenne un lambeau cutané de la forme et de la grandeur d'une feuille de myrthe, et réunit aussitôt la petite plaie au moyen de trois aiguilles fines, pareilles à celles dont nous avons parlé dans une de ses précédentes opérations. Cette récision eut l'avantage, non-seulement de rétrécir la cloison et de détruire sa proéminence, mais encore, ce qui était plus important, elle rendit le bout du nez plus saillant de quelques lignes. Au bout de trois jours, la cicatrisation fut complète.

Quelque temps après, l'aile droite du nez qui s'était froncée par l'affaissement du lambeau, se sépara dans toute sa longueur de la nouvelle partie dorsale du nez. Pour y remédier, Dieffenbach excisa la cicatrice et en retrancha une portion de forme triangulaire : il réunit ensuite les deux bords de la plaie à l'aide de cinq points de suture entortillée. La partie ne tarda point à se cicatriser, et l'aile du nez devint lisse et pleine, ce qui compléta ce point de l'opération.

Restait encore à retrancher le pédicule du lambeau qui formait une éminence arrondie vers la racine du nez ; ce point essentiel de l'opération fut pratiqué à l'aide de deux incisions ovalaires, qui se réunissaient vers le fond de la plaie, et qui avaient un pouce de long. Tout cet excédant, dont l'opé-

rateur ne savait que faire, fut entièrement enlevé; quatre nouveaux points de suture entortillée réunirent les bords de la plaie; cette nouvelle correction eut pour effet d'améliorer la forme du dos du nez.

Quoique le malade eût continuellement gardé dans les narines des morceaux de tuyaux de plume entourés de charpie, l'aile gauche s'affaissa complètement, de telle sorte que le nez, examiné de ce côté, paraissait avoir une saillie trop considérable. Un sillon profond régnait sur toute la longueur moyenne de cette aile nasale. Dieffenbach, ayant jugé nécessaire d'y remédier par une nouvelle opération, corrigea cette difformité de la manière suivante : « Je commençai, dit-il, par inciser le sillon dans toute sa longueur, mais de manière, toutefois, qu'en procédant par traits obliques de dehors en dedans, j'enlevai plus de la face interne de l'aile que de l'externe. L'étroite languette extirpée avait à sa face interne un peu plus d'une ligne de large, elle n'en avait qu'une demi à l'externe. Cela fait, je cernai la partie postérieure de l'aile à l'endroit de son insertion, et tenant le bistouri de bas en haut, je coupai également la peau obliquement, de manière à produire un lambeau, qui ne tenait plus que légèrement à sa partie supérieure. Alors, agissant sur les points de la face d'où l'aile du nez avait été détachée, j'enlevai obliquement un cône cutané

large de deux à trois lignes, dont la plus grande surface était tournée du côté de l'épiderme.

» Par le moyen de cette double excision de languettes cutanées, comprenant l'une plus du côté externe, et l'autre davantage du côte interne, précisément en sens inverse de l'inclinaison et de la situation de l'aile du nez, il me fut possible de redresser l'aile comme une paroi; je la réunis ensuite à son côté postérieur, avec la peau de la joue et des lèvres, au moyen de plusieurs sutures entortillées et autres points de suture ; sur le côté antérieur, où la languette avait été extirpée, elle fut réunie avec la bandelette de l'aile, qui se trouvait de niveau avec le dos du nez : là, je pratiquai trois points de suture entortillée. Un tuyau de plume entouré de charpie fut placé dans la narine, et le nez couvert nuit et jour avec l'eau à la glace.

» Il survint une inflammation considérable : les sutures furent enlevées entre le second et le quatrième jour. La réunion se fit sur plusieurs points, par première intention, sur d'autres par suppuration ; et, ce qui était l'objet principal, l'aile du nez conserva son redressement.

» Il me restait encore, ajoute Dieffenbach, à extirper au milieu du front, le petit point qui s'était guéri par suppuration, et qui formait une cicatrice rouge très saillante. Le sujet, que tant d'opérations avaient familiarisé avec le bistouri, s'y prêta de bonne grâce. J'enlevai du front une ban-

delette longue d'un pouce, et pointue aux deux bouts, dont la cicatrice, large comme une pièce de cinq sous, formait le centre, et je réunis la plaie par quatre points de suture. La guérison se fit en peu de jours. »

Il faut convenir que si dans cette circonstance l'opérateur a fait preuve d'une sagacité remarquable, d'une ressource et d'une habileté opératoires inépuisables, l'opéré a donné aussi l'exemple d'une patience et d'une résignation admirables. Avec un individu de la sorte je comprends parfaitement ce que Dieffenbach a voulu dire dans maintes opérations rhinoplastiques : *Le moment des corrections était venu,* mais à moins que d'avoir à travailler sur une constitution germaine ou sur le corps d'un Moscovite, de l'espèce de ceux qu'il faut écorcher de la tête aux pieds pour les faire crier, il serait impossible de trouver un second individu qui voulût se laisser tailler à merci, comme celui dont nous venons de rapporter l'observation.

Il serait en effet très difficile de trouver au-delà du Rhin et sur les rives mêmes de la Néva, un sujet plus heureusement organisé que celui qui subit toutes ces opérations. Aussi passait-il une grande partie de sa journée à s'examiner, à se contempler dans une glace, tant il était joyeux d'avoir repris une physionomie humaine, lui qu'on ne pouvait envisager qu'avec dégoût et parfois même avec un sentiment d'horreur. Aussitôt qu'il fût complè-

tement guéri, une de ses plus grandes jouissances était de fréquenter les lieux où il pouvait le mieux se montrer aux regards du public.

Cette rhinoplastie qui après tant *d'essais et de corrections* a eu cependant un très heureux résultat, présente quelques particularités dignes de remarque : 1° quoique le sujet eût été affecté d'une grave syphilis qui était de longue date, sa guérison ayant été radicale par suite du traitement méthodique qu'on lui fit subir, on a pu sans inconvénient tenter une opération longue, douloureuse, et pour le succès de laquelle il faut des tissus parfaitement sains. En outre, le sujet était blond, sa peau très blanche et lâche, tempéramment peu favorable aux réunions par première intention et qui expose aux érysipèles et aux engorgemens sous-cutanés après toute lésion du système tégumentaire. 2° Le front présentait des rides profondes qui paraissaient devoir se dessiner en travers du nouveau nez qu'on devait former à ses dépens. 3° Enfin, la région frontale étant peu élevée, il fallait extraire toute la cloison nasale du cuir chevelu, ce qui semblait de nature à augmenter le nombre des difficultés qu'il fallait surmonter, pour que cette tentative opératoire fût couronnée de succès.

Cependant le résultat a prouvé que, malgré les mauvaises dispositions de la peau, la réunion par première intention s'est parfaitement établie et dans un court espace de temps. Le front, qui était ridé,

s'est aplani par l'effet de la perte de substance, qui a donné lieu à une tension considérable de cette partie du tissu cutané. Enfin le lambeau transporté et greffé sur un nouveau sol a perdu complètement ses rides, et s'il faut s'en rapporter entièrement à l'auteur, l'appendice emprunté au cuir chevelu aurait, par l'effet de son emplacement anormal, éprouvé un tel degré de modification dans sa vitalité, que les cheveux auraient cessé de croître dans cette partie du lambeau. Ce que je puis affirmer d'après de nombreux faits que j'ai eu occasion d'observer, c'est que les portions tégumentaires, transposées d'un lieu à un autre, fournissent en général des cheveux soyeux, d'ordinaire peu nombreux, ou des poils un peu crépus, ce qui semble dénoter que cette espèce de végétation cornée éprouve des altérations à peu près analogues à celles que subissent les végétaux implantés dans un nouveau terrain ou dans une disposition territoriale qui ne convient point à leur nature. Alors ils s'étiolent, se détériorent, ne croissent qu'imparfaitement, ils ont peine à se reproduire et finissent souvent par mourir.

Nous pouvons en outre conclure de cette opération, que la peau, lâche, mince et ridée, n'est point, comme on l'avait généralement cru, un obstacle à la réussite de la rhinoplastie.

« A l'égard de la formation de la cloison avec le cuir chevelu, elle a cet avantage, dit l'auteur,

que la peau ainsi prise est beaucoup plus ferme que celle du front, de sorte qu'elle se tient mieux, présente plus de solidité, et procure un meilleur soutien au nez. Je crus nécessaire de donner un pouce de large à cette partie du lambeau, afin de favoriser l'adhésion mutuelle des bords renversés, et de produire ainsi une paroi solide qui, faisant saillie dans le nez, empêchait par cela même qu'on pût voir de côté au-dessus d'elle. »

Pour terminer ce qui est relatif aux opérations rhinoplastiques qui rentrent dans le cadre de ce chapitre, il me reste maintenant à exposer quelles sont les ressources que la chirurgie possède pour remédier à la dépression et à l'enfoncement du nez.

IIIe. *De l'affaissement complet du nez et de son enfoncement dans les fosses nasales.*

Cette difformité sans être si dégoûtante, ni aussi hideuse que celles dont j'ai parlé précédemment, est cependant trop désagréable à la vue, et cause une trop grande gêne à ceux qui en sont affligés, pour que la prothèse chirurgicale ne dût faire tous ses efforts pour remédier à ce vice de conformation congénial ou accidentel.

En effet, à l'aspect repoussant que présentent les persones affectées de cette fâcheuse disposition

du nez, se joint une difficulté de respirer qui les oblige à tenir la bouche béante toutes les fois qu'elles marchent et qu'elles font un exercice actif ; à cette incommodité qui provient de l'obstruction plus ou moins complète des ouvertures antérieures des fosses nasales, s'adjoint aussi le desséchement habituel des mucosités qui donnent lieu à des croûtes, qui s'accumulent dans les anfractuosités que présentent les débris du nez, de telle sorte que les deux petits trous qui correspondent aux ouvertures des narines en sont parfois entièrement obstrués. La plus grande partie de ces matières excrétoires ne pouvant s'écouler au dehors, refluent vers la gorge, ce qui est aussi dégoûtant qu'incommode pour le malade. Si nous joignons à tous ces inconvéniens le son nasillard que doit inévitablement éprouver la voix, le vice de prononciation qui en résulte, et la puanteur d'haleine qui accompagne ce vice d'organisation nasale, l'on aura une esquisse assez exacte de la triste condition à laquelle sont condamnés les individus porteurs de cette cruelle infirmité.

Ne voulant point dans la rédaction de ce travail essentiellement pratique, m'occuper des causes premières qui ont pu donner lieu à cette difformité nasale, lorsque l'enfant l'apporte en naissant, je ne parlerai ici que des lésions traumatiques et des affections ulcératives qui peuvent la déterminer.

De ce nombre sont les violentes contusions avec

fracas et enfoncement du nez; les destructions partielles et plus ou moins profondes causées par les virus vénérien, scrofuleux ou cancéreux; les brûlures considérables de la face, surtout lorsqu'elles ont été accompagnées de fortes contusions avec fracture et déformation de l'éminence nasale.

La cause de cette difformité est fréquemment aussi le résultat d'un ozène compliqué de carie des os carrés du nez, ou seulement d'ulcération qui détruit la partie antérieure de la cloison cartilagineuse. Les fibro-cartilages du nez n'ayant plus alors de soutien, l'éminence nasale s'affaisse, et les bords de l'ouverture des narines sont fortement renversés en dedans.

Enfin il importe peu de connaître qu'elle a été la cause directe ou indirecte d'un enfoncement du nez lorsqu'il est congénial, ou produit par une lésion traumatique. L'essentiel est de s'assurer si la difformité n'est point le résultat d'une affection virulente, ou du moins si l'une de ces maladies n'est point venue compliquer ce genre de lésion. On ne saurait en effet trop rappeler que le chirurgien ne doit jamais entreprendre la moindre rhinoplastie sans qu'au préalable il n'ait acquis la certitude que les tissus sur lesquels il va porter le bistouri ne soient parfaitement sains et par conséquent susceptibles de réunion immédiate. Cette précaution, qu'il ne faut jamais négliger, est aussi une des plus

sûres garanties du succès durable de l'opération, si toutefois elle a été bien pratiquée.

C'est encore à Dieffenbach, à cet infatigable rhinoplaste, que nous sommes redevables de la méthode opératoire au moyen de laquelle on peut relever les nez tout-à-fait enfoncés, et ceux dont les parties cartilagineuses ont seules éprouvé une dépression plus ou moins considérable.

« Cette opération, dit-il, consiste à exciser le milieu du dos du nez; on enlève cette partie, comme une pyramide, par deux incisions transversales qui se rencontrent à angle aigu vers la peau de la joue; ou bien, au lieu des incisions transversales droites, on en fait deux convexes, de sorte que la perte de substance est beaucoup plus étroite au dos du nez, qu'au milieu des parties latérales de cet organe; ou bien enfin, l'on conserve le dos du nez enfoncé, et l'on enlève, au-dessous de lui, un lambeau ovale des deux parois latérales de l'organe et de la cloison cartilagineuse : l'un des bouts de l'ovale est tourné en bas, vers la peau de la joue, et l'autre en haut, vers le dos du nez. »

Chacune de ces trois méthodes convient suivant les cas; mais il faut toujours conserver avec grand soin le reste du nez, et faire en sorte que ni la voûte osseuse ni la pointe nasale ne soient pas disposées à s'affaisser de nouveau après l'opération. Dief-

fenbach prétend que les sujets ainsi défigurés sont en très-grand nombre.

3e L'excision pyramidale du dos du nez enfoncé, est surtout applicable à ceux de ces organes qui sont proportionnellement trop longs pour la face, ce qui rend par conséquent la difformité plus choquante à cause du prolongement du lobule nasal qui s'avance sur la lèvre supérieure.

Voici comment on doit procéder à cette opération. Le malade étant assis sur une chaise élevée, solidement fixé et bien exposé au jour, il faut saisir entre le pouce et l'indicateur de la main gauche, la partie antérieure du fibro-cartilage du nez. L'on applique en travers, sur la limite supérieure de la dépression, le tranchant d'un bistouri à lame droite, et pratiquant alors une incision un peu oblique en bas et en arrière, on incise cette portion nasale jusqu'à la peau de la joue. On fait ensuite une seconde incision, en plaçant le tranchant du bistouri immédiatement au-dessous de la limite inférieure de la dépression, en dirigeant cette section un peu obliquement en haut, de telle sorte que les deux incisions se rencontrent à la base du nez et au niveau de la peau des joues; il résulte de là que toute la portion du nez comprise entre ces deux incisions se trouve détachée.

Dieffenbach préfère commencer par l'incision supérieure, malgré l'embarras que cause l'hémorrhagie lors de la section inférieure, « parce qu'on

ne pourrait pas, dit-il, bien fixer le lambeau à exciser si l'on agissait en sens inverse. »

Cette partie de l'opération terminée, il existe alors une large ouverture qui laisse voir dans l'intérieur des fosses nasales et en bas à travers les orifices des narines.

L'hémorrhagie est ordinairement très-abondante et dure long-temps, à moins qu'on ne tâche de l'arrêter; dans cette circonstance comme dans la plupart des opérations rhinoplastiques, il ne faut essayer l'emploi d'aucun moyen hémostatique que dans le cas où il surviendrait une perte de sang trop considérable. Cette large saignée accidentelle a le grand avantage de prévenir le développement d'une forte inflammation, tandis que la suppression intempestive de cette perte sanguine, pouvant donner lieu à un fort engorgement inflammatoire des tissus opérés et disposés de manière à représenter la forme du nez, le succès de la rhinoplastie devient extrêmement chanceux.

Dieffenbach serait même d'avis de ne procéder à la réunion des bords de la plaie que lorsqu'elle commencerait à fournir un suintement lymphatique. « On commence, dit-il, par rapprocher exactement l'un de l'autre les deux bords fort écartés de la cloison, au moyen de deux points de suture : on coupe l'un des deux bouts du fil près du nœud, et on laisse pendre l'autre dans le nez, »

c'est-à-dire qu'on le fait sortir par l'une des ouvertures des narines.

« La réunion de la cloison, ajoute Dieffenbach, opère déjà en partie le rapprochement des parois latérales, et de la région dorsale du nez. Pour les réunir complètement, il faut six à huit sutures entortillées; on coupe les *aiguilles* très-près du fil. » Si on n'avait pas soin de retrancher parties égales de la cloison et des parois latérales du nez, non-seulement on ne pourrait pas les réunir d'une manière exacte, mais encore on serait exposé à rendre la cloison trop saillante, surtout dans le cas où elle aurait été plus ménagée que les côtés du nez.

Voici une observation qui viendra à l'appui des principes que nous venons d'établir pour pratiquer cette opération.

Exhaussement d'un dos de nez enfoncé.

Par suite d'ulcérations vénériennes très-profondes et d'ancienne date, un homme, âgé de 38 ans, eut la partie antérieure et interne du nez détruite, ce qui donna lieu à une dépression de la partie dorsale de cet organe; cet enfoncement avait la forme d'un fer à cheval. Guéri radicalement de son affection syphilitique et les ulcères étant guéris depuis très-long-temps, cet homme s'adressa à Dieffenbach pour se débarrasser de sa difformité nasale, qui

était surtout très-désagréable à voir, lorsqu'on la regardait en profil. Le nez étant long et un peu arqué au bout, l'opérateur excisa un lambeau en forme de V, de la largeur d'un demi-pouce, il réunit ensuite la cloison, et immédiatement après les parois latérales du nez; après l'opération survint à peine un peu de malaise; le gonflement du nez ne fut pas considérable. Dès le troisième jour on enleva les aiguilles qui avaient servi aux sutures entortilléees, et le sixième on retira les bouts de fil qui pendaient dans l'intérieur des narines et qui n'étaient que les extrémités de points de suture pratiqués à la cloison : pour les détacher, Dieffenbach introduisit dans le nez des ciseaux étroits, coupa les points de suture et tira sur le bout de fil qui avait servi à diriger le tranchant des ciseaux. Au bout de douze jours le malade fut guéri et entièrement débarrassé de sa difformité.

2° La seconde méthode opératoire doit être pratiquée de la manière suivante :

On excise en travers deux lambeaux ovales, disposés de telle sorte que l'un des bouts de chaque ovale corresponde au dos du nez et l'autre à sa base. On procède ensuite au reste de cette opération d'après les principes que nous avons tracés pour la précédente. Cette méthode convient surtout aux nez petits dont le bout est droit et que l'excision d'un lambeau pyramidal redresserait au point de laisser voir dans l'intérieur

des fosses nasales. Quant à la réunion des parties latérales, on l'obtient au moyen de plusieurs points de suture entortillée, après avoir préalablement établi deux points de suture simple à la cloison, pour rapprocher ses deux bords. En terminant l'opération, on voit paraître une éminence à l'endroit où se réunissent les prolongemens supérieurs et inférieur du dos du nez, formés par les extrémités internes ou antérieures des incisions semi-elliptiques, dont la forme arquée, étant convertie en ligne droite par l'action des sutures, fait saillir, ainsi que nous venons de le dire, la portion correspondante du dos du nez. Dieffenbach prétend que cette bosse est nécessaire pour donner une bonne forme au bout du nez, car celui-ci s'affaissant plus tard, la saillie disparaît, et le dos du nez forme alors une ligne droite.

Observation d'un dos de nez enfoncé, qui a été relevé par des incisions semi-elliptiques, c'est-à-dire par l'enlèvement de deux lambeaux latéraux de forme ovalaire

Un homme avait à la partie antérieure du nez un enfoncement profond, suite d'un ulcère scrofuleux qu'il avait eu pendant son enfance. S'étant adressé à Dieffenbach, ce dernier lui pratiqua l'opération suivante. Il plaça le tranchant du bis-

touri en travers sur le nez, et incisa demi-circulairement, d'abord en haut, et pratiqua ensuite une seconde incision en bas, dans une direction contraire à la précédente, de manière que les deux extrémités des incisions se correspondant en avant et en arrière, formaient une espèce d'ovale sur la paroi latérale du nez. La plus grande largeur du lambeau intermédiaire était de quatre lignes vers le centre et d'une ligne seulement sur le dos du nez. La cloison qui avait été excisée en même temps que les parois nasales, fut réunie par trois points de suture. Le dos et les côtés du nez furent maintenus en rapport exact à l'aide de six points de suture entortillée.

Le nez fit aussitôt une légère saillie, ainsi qu'on devait s'y attendre; mais lorsque l'inflammation fut tombée et les aiguilles retirées, il commença à s'affaisser et à redevenir droit. Au bout d'un mois, la difformité avait complètement disparu, et l'on n'apercevait qu'une étroite cicatrice.

3° Dans la troisième méthode, on enlève un lambeau ovale qui comprend toute l'épaisseur du nez, immédiatement au-dessus du point affaissé. L'une des extrémités de l'ovale regarde le bout du nez, et l'autre correspond à la joue, de manière que l'on peut voir obliquement dans les fosses nasales. D'abord, comme dans les cas précédens, on réunit la cloison par deux points de suture simple, et l'on procède ensuite à la réunion des parois laté-

rales au moyen de la suture entortillée, ainsi que le propose l'auteur de cette opération (1). Le résultat définitif est de faire saillir le dos du nez, et de corriger ainsi la difformité dont il s'agit.

Observation d'un nez enfoncé, qui a été soulevé par l'excision d'une portion oblique de la paroi latérale de cet organe et de sa cloison.

Une femme âgée de quarante-quatre ans avait, au milieu de la partie cartilagineuse du dos du nez, une dépression considérable, résultat d'un ozène vénérien. Le nez étant naturellement petit, semblait peu propre à supporter la perte de substance dorsale qu'il était nécessaire de lui faire éprouver pour le restaurer. Dieffenbach s'étant chargé de l'opérer, préféra donc exciser de chaque côté un lambeau étroit, immédiatement au-dessous de la dépression. Pour cela faire, il comprima le nez entre le doigt indicateur et le pouce, le perça obliquement de gauche à droite avec un bistouri à lame étroite, et tailla lentement et à petits coups un ovale dans toute l'épaisseur de l'organe, de manière qu'après l'extraction des deux lambeaux, l'on pût de chaque côté du nez, voir dans l'intérieur des fosses nasales. L'hémorrhagie ayant été peu

(1) Nous verrons dans l'observation suivante, que Dieffenbach a cru pouvoir se dispenser de réunir les bords elliptiques de la perte de substance pratiquée à la cloison du nez.

considérable, il réunit aussitôt chacune des plaies latérales par trois points de suture entortillée, qui firent immédiatement ressortir le dos du nez qui était enfoncé. Dieffenbach ne jugea pas convenable de réunir les deux bords elliptiques de la perte de substance opérée à la cloison, excision qui avait été faite dans la partie correspondant aux deux ouvertures des parois latérales du nez.

Durant les deux premiers jours qui suivirent l'opération, il n'y eut de remarquable qu'un gonflement assez considérable du nez. Le troisième jour, on enleva une aiguille de chaque côté, et le lendemain on en retira deux autres. Les deux dernières, par suite de l'engorgement inflammatoire, ayant déchiré les parties molles qu'elles traversaient, il en était résulté à gauche une petite ouverture qui aboutissait dans la narine : cette fistule aérienne s'oblitéra après quinze jours de cautérisation avec le nitrate d'argent. A cette époque, la dépression du dos du nez avait totalement disparu.

Le traitement consécutif est le même pour chacune de ces trois méthodes. Les antiphlogistiques généraux et les fomentations émollientes (1) procurent en peu de jours la réunion immédiate, ce qui permet d'enlever les sutures au bout de soixante-douze heures environ. Néanmoins, si la réu-

(1) Dans ce cas comme dans tous les précédens, Dieffenbach ne manque point de proposer les formentations avec l'eau glacée.

nion ne s'était point effectuée sur quelques points, on y remédierait à l'aide de quelques bandelettes de taffetas d'Angleterre.

Dans les deux premiers cas, la guérison a ordinairement lieu dans très-peu de temps, et n'est suivie que d'une étroite cicatrice transversale, qui paraît être la suite d'un coup de sabre reçu en travers du nez. Après l'emploi de la troisième méthode, il ne reste que deux petites cicatrices, situées obliquement sur les deux côtés du nez.

Les procédés opératoires que nous venons de décrire sont également applicables à d'autres difformités nasales. Dieffenbach les a employés aussi plusieurs fois pour les cancers du dos du nez, et les a mis encore en usage pour corriger certaines cicatrices nasales, épaisses et difformes. Il ne s'agit alors que de modifier ou de changer un peu la direction des excisions suivant la situation, la forme et l'étendue du mal : l'on procède ensuite à la réunion comme après toutes les opérations rhinoplastiques.

Afin de ne point laisser de lacune dans cette partie importante et peu connue de la rhinoplastie, nous allons rapporter quelques détails opératoires sur *les excisions longitudinales du nez, pour opérer certaines ulcérations cancéreuses qui ont détruit et perforé une partie du dos nasal.*

Lorsqu'il ne s'agit que d'un petit ulcère cancéreux, disposé en avant et en travers du nez, de manière que la cicatrisation tende à relever la pointe de cet organe, il suffit de pratiquer deux incisions semi-elliptiques, qui, partant de la racine et se rendant à son extrémité, forment en se réunissant à leur point de départ et à leur point de terminaison, un ovale allongé, dans le milieu duquel se trouve compris l'ulcère ou la perforation transversale qui en a été la suite. On détache alors le lambeau avec sa partie malade, os et cartilages, s'ils sont altérés par le vice cancéreux, et l'on réunit ensuite les bords de la plaie au moyen de la suture entrecoupée, ou de la suture entortillée. La plaie se réunit d'ordinaire par première intention, et donne lieu à une cicatrice linéaire, qui forme une espèce de raphé sur le dos du nez.

Il ne faut point comme on le fait ordinairement ménager la cloison; si on ne lui fait pas éprouver une perte de substance suffisante, son bord antérieur resté trop saillant donne lieu à une cicatrice épaisse, inégale, rouge et difforme, qui peut provoquer le retour de l'affection cancéreuse et parfois même déterminer une nouvelle perforation de la voûte nasale.

Lorsque la portion de peau qu'il faut enlever du dos du nez est très-large, il est difficile de rapprocher suffisamment les lèvres de la plaie pour en opérer la réunion par le moyen des sutures entor-

tillées ou autres. Les fibro-cartilages de la ligne dorsale du nez se trouvent alors tellement refoulés en dedans, que même dans les cas les plus favorables, le dos du nez éprouve une forte dépression, suite inévitable de l'extrême tension qu'on a été obligé de faire subir à la peau.

Dieffenbach propose, dans le cas où le bout des os du nez menacerait de faire une saillie très prononcée et anguleuse, d'en retrancher la partie proéminente : à l'aide de cette précaution on évite toute difformité. Il a pratiqué trois fois cette opération avec succès et chez des personnes qui étaient même d'un âge très avancé.

De la transplantation d'un lambeau frontal pour soutenir un nez enfoncé.

Cette ingénieuse opération est une addition qui vient d'être faite aux méthodes modernes de rhinoplastie. C'est le hasard qui en a procuré la découverte à Dieffenbach qui la préfère aux autres procédés opératoires, *lorsqu'il s'agit de remédier à l'enfoncement total de la partie supérieure du dos du nez.* Elle consiste à placer le lambeau détaché du front, *au-dessous* du dos du nez, au lieu de le fixer au-dessus comme nous l'avons indiqué pour tous les cas précédens. Ce lambeau ne doit servir ici que de base, de point d'appui et de remplissage à la partie

supérieure du couvercle nasal, qui après avoir été détaché de l'enfoncement qu'il occupait, est ramenée sur lui et réunie immédiatement au-dessus.

Dieffenbach rapporte de la manière suivante la circonstance imprévue qui lui fournit la première occasion de pratiquer cette singulière opération :

« Je transplantai un lambeau frontal à la racine profondément enfoncée du nez. Malgré plusieurs tentatives réitérées de correction, le lambeau demeura toujours un peu isolé du nez ; c'est pourquoi j'enlevai du milieu du dos transplanté une bandelette cutanée oblongue, et terminée en pointe aux deux bouts ; je réunis la plaie par le moyen de quatre aiguilles ; je fis faire des fomentations froides, et j'eus le plaisir de voir le malade guérir en une huitaine de jours. Par cette extirpation d'une languette superficielle de peau, le dos du nez était devenu un peu plus droit, plus étroit, et présentait une petite cicatrice vers le milieu. Je répétai l'opération, et j'enlevai une seconde bandelette partielle dont la cicatrice formait le centre. L'extirpation fut encore réitérée deux fois dans l'espace de quinze jours, jusqu'à ce que j'eusse enlevé toute la couche de chorion du lambeau frontal appliqué au nez ; mais comme toute portion de peau transplantée forme une masse solide et épaisse, après l'ablation du chorion, il resta la masse celluleuse de la peau, de consistance presque cartilagineuse, sur laquelle les bords cutanés du dos du nez, ainsi devenu plat,

furent ramenés et réunis. On ne voyait donc plus extérieurement rien du lambeau frontal, et la masse celluleuse endurcie qui était restée dessous représentait en réalité les os du nez. Personne ne croirait maintenant que le sujet ait jamais eu le nez enfoncé. »

Je viens de terminer tout ce qui est relatif à la rhinoplastie de la région dorsale du nez, dont la difformité présente de nombreuses variétés de forme, que j'ai examinées dans presque tous leurs détails. Afin de compléter mon travail et de lui donner l'intérêt pratique d'une monographie chirurgicale, dont les principes doivent toujours être appuyés sur des faits bien observés et présentés avec ordre et précision, j'ai rapporté à la suite de chaque méthode ou procédé opératoire un choix d'observations qui ont toutes pour objet essentiel, de rendre plus facile à comprendre chacune des opérations qui s'y rattachent. J'aurais pu donner beaucoup plus de développement aux faits rhinoplastiques que je viens de rapporter, et en augmenter le nombre en y adjoignant d'autres observations qui me sont personnelles, et quelques nouveaux cas d'opérations intéressantes qu'on a bien voulu me communiquer ; mais la réunion d'un aussi grand nombre de matériaux m'aurait entraîné trop au-delà des bornes que je me suis prescrites. Il me reste encore à examiner plusieurs points importans de la *rhinoplastie partielle*, à tracer ensuite

les règles générales qui se rattachent à ce genre d'opération, et à terminer enfin par quelques mots sur l'extension qu'on peut faire de son principe à certaines maladies qu'on a considérées comme incurables jusqu'à ce jour.

Lorsqu'il faut refaire une des ailes du nez.

La difformité nasale qui va nous occuper est aussi fréquente, mais évidemment moins grave que les précédentes. Les personnes qui en sont atteintes, ne causent point comme les *rhitnomètes,* un sentiment d'horreur qui les exclut de la société, d'autant plus qu'elles ont toujours soin, lorsqu'elles sont en public, d'appliquer leur mouchoir sur le côté difforme du nez, pour dissimuler l'absence de cete portion latérale de l'organe. De grands soins de propreté sont indispensables chez ces individus afin de prévenir la rougeur qui est très-disposée à s'établir au pourtour de cette brèche nasale, surtout en hiver. Il est aussi très-essentiel pour eux de ne se moucher qu'avec des foulards ou de la batiste, afin de ne point s'exposer à l'excoriation ou tout au moins à l'échauffement des bords de cette ouverture anormale, qu'ils ont l'habitude de tenir tamponée tout le temps qu'ils sont hors de chez eux.

La perte totale ou partielle de l'aile du nez est rarement l'effet d'une lésion traumatique ; tandis qu'on l'observe assez souvent à la suite des ulcé-

rations vénériennes, scrofuleuses, dartreuses ou autres; très-fréquemment encore après la pustule maligne, ou après certains cas d'érysipèle qui se terminent par un point de gangrène correspondant à l'aileron nasal. Mais une cause plus fréquente encore de la perte de l'aile du nez, c'est la prédilection désolante avec laquelle le bouton d'Alep se développe sur cette partie de la face. Lors de mon voyage en Orient et durant mon séjour en Syrie, j'ai observé un grand nombre de personnes de tout âge, de tout sexe et de toute condition, qui étaient atteintes de cette difformité nasale par suite de ce bouton d'Alep, genre de pustule que M. Alibert a décrite sous le nom de *prophylictis endemica*.

Au nombre des lésions traumatiques qui peuvent donner lieu à la destruction de cette portion du nez, les plus fréquentes sont les fortes contusions dont l'engorgement inflammatoire n'ayant pas été convenablement combattu par la saignée générale, les sangsues et les cataplasmes, s'est terminé par une suppuration gangréneuse, résultat qui est aussi fréquemment provoqué par l'application des topiques, soi-disant résolutifs, qu'on s'empresse trop souvent d'employer pour ce genre de plaie.

Quant aux coups de sabre, il est difficile de comprendre qu'ils puissent enlever complètement l'aileron nasal : ordinairement, ils n'occasionnent la perte de cette portion d'organe, que dans le cas

où la blessure qu'ils auraient faite, ne recevant pas des soins bien entendus, se terminerait par la gangrène des bords de la plaie ou du lambeau qui comprendrait l'aile du nez dans son épaisseur. Cette fâcheuse circonstance devient de jour en jour plus rare dans nos armées, où le service des ambulances et des hôpitaux est dirigé avec tout le talent et la célérité possibles.

L'on peut former les ailes du nez soit en empruntant le lambeau à la peau du front, soit aux dépens de la joue, ou bien en mettant en usage la méthode de Tagliacozzi, c'est-à-dire en faisant l'emprunt tégumentaire à la face interne du bras ou de l'avant-bras (1).

Ces trois méthodes ayant été employées par des opérateurs tous également recommandables, nous allons les examiner avec soin, afin de reconnaître quels sont les divers cas qui pourraient nécessiter le choix de l'une d'entre elles.

1° *De la formation des ailes du nez avec la peau du front.*

Lorsqu'il s'agit de la formation des ailes du nez, au moyen des tégumens de la région frontale ou de toute autre partie, on conçoit aisément

(1) Je décrirai dans un prochain article un nouveau mode d'opération qui consisterait à emprunter le lambeau à la peau de la main, soit pour restaurer une aile du nez, soit pour refaire la sous-cloison nasale : cette méthode opératoire serait d'une application moins difficile et d'un succès plus assuré.

qu'il ne peut être question que de la restauration d'un seul aileron nasal; car, si les deux manquaient, la pointe du nez serait enfoncée, ce qui obligerait à mettre en usage l'un des procédés opératoires que nous avons décrits dans le chapitre précédent.

Nous allons donc nous occuper dans le paragraphe suivant des moyens de remplacer l'une des ailes du nez en formant le lambeau aux dépens de la peau du front.

Cette méthode, qui n'est qu'un dérivé de celle que les *Koomas* employaient dans l'Inde pour refaire la totalité du nez, a été pendant long-temps la seule employée par les rhinoplastes français et étrangers.

Dieffenbach lui donne même la préférence sur le procédé qui consiste à faire l'emprunt de peau à la partie antérieure de la joue, par la seule raison qu'il n'a pas été très-heureux dans les essais qu'il a faits d'après ce dernier mode opératoire. Les autres motifs qu'il allègue à l'appui de celui que nous venons d'indiquer sont plus spécieux qu'évidens.

Voici comment doit être pratiquée cette opération: on commence par aviver et régulariser le mieux possible la circonférence de l'ouverture qui résulte de l'absence de l'aile du nez; on détache ensuite du front un lambeau de forme et de grandeur convenables, dont le pédicule, resté adhérent, vient toujours correspondre entre les deux sour-

cils (1); on pratique sur la paroi nasale une perte de substance longitudinale, donnant lieu à une espèce de gouttière qui doit s'étendre jusqu'au bord supérieur de la brèche qu'on est dans l'intention de recouvrir d'un nouvel aileron nasal; cela fait, on renverse le lambeau, on le retourne pour l'appliquer sur l'emplacement qu'il doit occuper; on loge son pédicule dans le sillon qui lui a été préparé, et l'on assujétit le tout par quelques points de suture. Une canule de gomme élastique ou un petit tampon de charpie placé dans l'ouverture de la narine, préviennent son oblitération. Quant à la plaie du front, on la régularise en lui donnant une forme elliptique, et l'on en rapproche les bords à l'aide de quelques bandelettes agglutinatives, soutenues par un bandage unissant. Pour ce qui est des soins ultérieurs que nécessite l'opération, ils sont à peu près les mêmes que ceux indiqués à l'occasion des autres rhinoplasties, dont nous avons précédemment parlé.

Lorsque l'adhérence du lambeau est complète, ainsi que celle de son pédicule, Dieffenbach propose d'en exciser l'extrémité supérieure afin de faire disparaître l'éminence causée par la torsion qu'on lui a fait subir. On évite cet inconvénient et les risques de l'excision qu'il rend indispensable en donnant à la partie restée adhérente du pédi-

(1) Quant aux détails des temps secondaires de l'opération, le lecteur pourra consulter ceux que nous avons longuement rapportés dans les cas précédens de rhinoplastie générale ou partielle.

cule une direction oblique, opposée au côté du nez, qui doit recevoir le greffement du lambeau. Cette disposition rend la torsion du pédicule si peu marquée au moment de l'opération, qu'on la voit disparaître peu de temps après; elle permet en outre une circulation plus facile dans le lambeau, et n'oblige point à la section ni au retranchement d'une portion de son pédicule, ce qui offre le précieux avantage de conserver à ce tissu greffé une partie de sa nutrition normale. Je ne m'étendrai pas davantage sur ce point essentiel de l'opération, parce que j'en ai consigné tous les détails à l'occasion du nommé Lanelongue, dont j'ai précédemment rapporté l'observation.

Dieffenbach, qui ne connaissait point encore tous les avantages de cette importante modification, ayant pratiqué une opération de ce genre sur une femme âgée de quarante ans, n'obtint une guérison complète qu'après cinq mois de tâtonnemens et de soins continus.

« J'avivai, dit-il, les bords du moignon, puis je détachai du front un lambeau de peau suffisante, je fendis le côté du nez, je retournai le lambeau, je le renversai et l'assujétis par des sutures entortillées. Le traitement consista surtout en fomentations d'eau froide. J'enlevai les premières aiguilles le troisième jour, et les dernières le cinquième. L'extirpation du pont et la nouvelle réunion n'eurent lieu que six semaines après la première opération. La forme du nez ne répondit

à mes désirs qu'après quatre mois de traitement assidu. »

En lisant cette observation, on est vraiment surpris de voir combien il a fallu de temps pour obtenir une guérison qui, d'après les plus simples probabilités, semblait ne pas devoir se faire attendre au-delà d'un mois. En effet, c'est là le résultat ordinaire de la restauration de l'aile du nez, surtout lorsqu'on emprunte le lambeau à la joue. Toutefois, je ne doute point que les applications permanentes d'eau glacée dont Dieffenbach fait usage après chaque rhinoplastie, et l'habitude qu'il a de ne pas compléter de prime-abord son opération, afin de procéder plus tard et à loisir, à ce qu'il appelle le chapitre des corrections, ne contribuent quelquefois à détériorer ou à retarder la cicatrisation, et par conséquent à éloigner le terme de la guérison. Un malade consent ordinairement à subir une première tentative opératoire; mais lorsqu'elle ne remplit pas le but qu'on s'était d'abord proposé, il est bien rare qu'on puisse le décider à se faire taillader de nouveau : loin de se *familiariser* avec le bistouri, comme le suppose Dieffenbach, cet instrument lui inspire, au contraire, un sentiment d'horreur qui est en raison directe du degré de douleur qu'il lui a déjà fait éprouver; c'est du moins, ce que j'ai constamment observé dans ma pratique et dans celle de la plupart de mes confrères. Il est donc plus prudent de bien prendre toutes ses

dimensions et de prévenir, autant que possible, les difficultés ultérieures qui pourraient se présenter, afin de ne pas être obligé de renouveler les souffrances de l'opéré.

2° *De la formation des ailes du nez aux dépens de la peau de la joue.*

Cette méthode est moins difficile et plus expéditive que la précédente; elle présente, en outre, l'avantage de ne laisser sur la joue qu'une très-petite cicatrice linéaire qui, tôt ou tard, finit par se confondre avec le trait ou la ride naso-labiale.

La peau du front et de la paroi supérieure du nez n'étant pas altérée par suite de cette opération, n'offre pas, comme dans la dernière opération que nous venons de décrire, des traces de cicatrisation dont l'aspect n'est pas sans inconvénient chez les femmes. Nous verrons aussi que la torsion du pédicule du lambeau emprunté à la joue est très-facile, et que cette partie tégumentaire étant plus épaisse et moins éloignée du lieu où l'on doit la transplanter, que ne l'est la peau frontale, l'adhésion en est par conséquent plus prompte et plus solide.

Voici en peu de mots le procédé le plus simple pour pratiquer cette opération:

Il faut d'abord poser en principe que, dans les cas où l'aile du nez n'a été détruite qu'aux deux tiers, la rhinoplastie présente un résultat

plus complet, et offre moins de difficulté dans son exécution, en refaisant la totalité de l'aileron nasal, que lorsqu'on se borne à remplacer les deux tiers manquans. On conçoit, en effet, que la cicatrice du lambeau ellipsoïde doit alors correspondre aux contours naturels de l'aile du nez, ce qui produit une telle illusion, que c'est vraiment à s'y méprendre.

Pour bien prendre ses dimensions et ne pas s'exposer à suppléer à une difformité par une autre, il faut d'abord mouler, au moyen d'une feuille de cire, une aile de nez qui soit parfaitement en harmonie avec celle qui est restée intacte : ce modèle doit servir de patron pour tailler le lambeau facial et en disposer la greffe d'une manière aussi correcte que possible.

Cela fait, on trace en arrière de l'emplacement de l'aile du nez la forme du patron, ayant soin de donner au tracé un peu plus d'étendue que ne semble le comporter le modèle, afin d'obvier par ce moyen aux effets de la rétraction du tissu qui, sans cette précaution, rendrait le lambeau trop petit (1).

Il faut ensuite réciser les bords de l'ouverture nasale qu'il s'agit de recouvrir, et les égaliser, afin qu'ils puissent contracter une adhérence régulière

(1) Dans la crainte que l'écoulement du sang put effacer les lignes marquées avec de l'encre, il serait peut-être plus convenable de les tracer avec un pinceau à miniature, trempé dans une solution de nitrate d'argent.

avec les bords du lambeau. Toutefois, il est nécessaire de faire observer que si un segment antérieur ou postérieur de l'aile du nez avait survécu à la destruction de cette portion de l'organe, il faudrait bien se garder de l'exciser, parce qu'on peut en retirer un grand avantage comme point d'appui pour le lambeau.

On doit alors pratiquer une excision oblique, sur la partie de sa face externe correspondant à la portion de la surface saignante de l'appendice facial destiné à former l'aile du nez (1).

Toutes ces dispositions étant prises, on procède à la dissection du lambeau qu'on isole de la joue, au moyen de deux sections semi-elliptiques qui se se réunissent par leur extrémité externe, tandis qu'elles restent séparées en dedans par le sommet du pédicule, seule partie qui doit conserver adhérence. La plaie qui résulte de cette excision présentant une forme elliptique allongée, on sent combien il est facile d'en rapprocher les bords. Quant au lambeau, il ne reste, pour en régulariser la forme, qu'à lui retrancher son extrémité angulaire libre, ainsi que toutes les parties qui dépassent le tracé dont nous avons parlé. Cette partie de l'opération est très-facile à exécuter à l'aide d'une paire de ciseaux.

Immédiatement après, on retourne le lambeau

(1) Relativement à l'obliquité et à l'étendue de l'incision, on peut consulter, pour plus de détails, ce qui a été dit à l'occasion de mon opéré Lanelongue.

de haut en bas et d'arrière en avant, pour que sa face saignante se trouve en rapport avec la brèche nasale, et que ses bords puissent correspondre avec la circonférence saignante de cette ouverture, et s'appliquer sur l'excision pratiquée sur le segment de l'aileron qui doit servir d'appui. Afin de rendre cette torsion plus facile et de diminuer, autant que possible, la saillie du pédicule, on n'a qu'à prolonger un peu l'extrémité interne du bord supérieur du lambeau et lui donner, ainsi qu'à sa lèvre inférieure, une direction légèrement oblique vers le haut.

On éprouve aussitôt une grande facilité à mettre les parties dans un rapport très-exact; on les y fixe au moyen de quelques points de *suture entrecoupée* ou de *suture entortillée*.

Quant à la plaie de la joue, ce dernier moyen de réunion est le plus prompt et le plus sûr. Aussi doit-on lui donner la préférence, comme l'ont fait MM. Dupuytren et Dieffenbach dans des cas absolument analogues.

L'opération terminée, on introduit dans l'ouverture de la narine un petit tampon de charpie enduit de cérat, ou bien une portion de sonde de gomme élastique qu'on a soin d'environner de cire pour lui donner une forme un peu oblongue et légèrement triangulaire : le premier de ces moyens pourrait suffire; mais le second est plus rationnel, et surtout préférable, lorsque la cicatrisation du bord libre commence à s'établir.

Il a, en outre, l'avantage de ne pas intercepter la respiration au travers de la narine qui vient d'être restaurée.

Les soins ultérieurs à donner à l'opéré sont les mêmes que dans les cas précédens. La saillie produite par la torsion du pédicule ne tarde point à s'effacer complètement, ce qui n'oblige point à en pratiquer la section et à compromettre par là le succès de l'opération.

Les premiers essais entrepris par Dieffenbach pour restaurer l'une ou l'autre aile du nez ne le satisfirent point, parce que la nouvelle partie devenait toujours très-épaisse, s'arrondissait trop, et bouchait la narine en s'accolant à la cloison. « Cependant, dit-il, plus tard, je conçus l'idée de prévenir l'occlusion des narines, tantôt en renversant le bord en dedans, tantôt à l'aide de deux petits lambeaux cutanés renversés en dedans, en avant et en arrière. Je crois avoir, par cette nouvelle méthode opératoire, écarté de la rhinoplastie une grande pierre d'achoppement; car c'est précisément l'occlusion inévitable des narines qu'on a toujours objectée contre l'opération. »

Je n'ai pu me procurer de notions positives sur la manière dont Dieffenbach pratiquait la restauration de l'aile du nez, avant qu'il eût songé aux dernières modifications qu'il a cru devoir y apporter; mais ce qu'il y a de très-assuré, c'est qu'en opérant d'après les règles que j'ai établies, et qui sont sanctionnées par d'heureux résultats,

entre autres par un brillant succès que vient d'obtenir M. Dupuytren, il n'est nullement nécessaire de compliquer cette opération par les prétendues améliorations dont le rhinoplaste allemand paraît faire le plus grand cas.

« Au total, ajoute Dieffenbach, la peau de la joue ne convient pas beaucoup pour faire un nez, attendu qu'il résulte déjà quelque difformité de la plaie produite par l'enlèvement du lambeau, et qu'elle ne se guérit pas sans suppuration. » Je ne doute point que les insuccès qu'a éprouvés l'auteur par suite de ses premières tentatives, ne l'aient induit en erreur sur les inconvéniens qu'il reproche à la peau de la joue. Quant à la difformité dont il parle, l'expérience m'a prouvé qu'elle était absolument nulle à la suite du procédé que j'ai indiqué. Il ne reste après l'opération qu'une cicatrice linéaire, d'un pouce d'étendue, qui n'offre rien de choquant à voir, lorsque la réunion a été faite avec soin et qu'elle s'est opérée par première intention. Dieffenbach va nous démontrer lui-même la véritable cause des inconvéniens qu'il a signalés dans le passage précédent.

« Le lambeau, dit-il, doit avoir la forme d'une *pyramide*, et tenir à la joue par son sommet. » Il est aisé de comprendre que cette forme triangulaire est le véritable empêchement à la réunion immédiate des bords de la plaie et l'unique cause de la difformité de sa cicatrice. »

Une circonstance que j'omettais, mais que

Dieffenbach n'oublie pas d'indiquer, c'est que dans l'angle compris entre la joue et le nez, on ne peut faire la réunion que par des points de suture simple, tandis que, vers le dos du nez, on peut faire usage de la suture entortillée. Dieffenbach fait observer aussi très-judicieusement, « qu'il faut surtout avoir soin de faire le lambeau un tiers plus grand que ne paraît le comporter l'étendue de l'aile du nez. » Il se contente d'émettre ce sage précepte, laissant au lecteur le soin de l'interpréter d'une manière convenable.

Restauration de l'aile droite du nez ; opération pratiquée par M. Dupuytren.

Dans l'un des derniers combats que l'héroïque Pologne soutint contre les armées russes, M. J..., major polonais, âgé de trente-sept ans, reçut un coup de sabre qui lui détacha une grande partie de l'aile droite du nez. Obligé de battre en retraite pour se réfugier en Prusse, M. J... ne put recevoir les soins qu'exigeait sa blessure, ce qui donna lieu à une inflammation qui se termina par la gangrène de l'aile du nez. La difformité qui s'en suivit, outre l'incommodité qu'elle dut causer au blessé, donna un aspect repoussant à sa figure qui était naturellement belle et régulière (1). M. J... ne pouvant se résoudre à garder une sem-

(1) Voir la figure ci-jointe.

blable difformité, se rendit à Paris où il consulta M. Dupuytren, qui lui promit de réhabiliter l'aileron nasal qui lui manquait.

L'opération fut pratiquée le 23 novembre 1832, de la manière suivante :

« Après avoir rafraîchi le pourtour de l'aile du nez, rapporte M. le docteur Marx, un lambeau de forme ovoïde alongée fut taillé dans la peau de la joue et détaché dans toute son étendue, à l'exception de son extrémité interne qui, plus prolongée que l'externe, servit de pédicule à l'appendice cutané. On le tordit aussitôt pour l'appliquer par sa face saignante sur la circonférence de l'ouverture nasale, où il fut assujéti à l'aide de quelques points de suture entortillée. La plaie de la joue fut également fermée par le même genre de suture. L'ouverture de la narine maintenue dilatée au moyen d'un petit tampon de charpie qu'on renouvela tous les jours.

Durant l'opération, il ne survint pas d'hémorrhagie ni d'accidens nerveux ; mais peu de temps après, il se manifesta un érysipèle à la face, avec fièvre, céphalalgie et resserrement des mâchoires. Des boissons délayantes, des lavemens, des bains de pieds et la diète, suffirent pour combattre cette complication.

Le cinquième jour, on retira les aiguilles de la suture pratiquée à la plaie de la joue, et celles qui avaient servi à fixer l'aile du nez; la cicatrice était déjà très-avancée. L'engorgement et l'inflam-

mation disparurent en peu de temps ; la torsion du pédicule s'effaça par gradation, et la guérison fut complète au bout de six semaines. »

L'opération a si bien réussi, qu'à moins d'en avoir été prévenu, on aurait peine à reconnaître que l'aile droite du nez est de nouvelle formation.

Quant à la cicatrice de la face, elle est linéaire et si peu marquée, qu'on la prendrait pour le résultat d'un simple coup de sabre porté en travers, sur le côté antérieur de la joue.

Les planches qui représentent le portrait de M. J... avant et après l'opération, m'ont été communiquées par M. Dupuytren ; je puis certifier qu'elles sont d'une exactitude parfaite, ayant eu moi-même l'occasion de voir l'opéré. Il serait difficile de retracer les témoignages de sa vive reconnaissance envers le célèbre opérateur qui l'a si heureusement débarrassé de sa difformité nasale. Cette rhinoplastie sera donc un succès de plus à opposer aux chirurgiens qui seraient tentés de mettre en doute les avantages réels de cette branche importante de la chirurgie.

3° *Formation de l'aile du nez, à l'aide d'un lambeau de peau, emprunté à la face interne du bras ou de l'avant-bras.*

Si la méthode de Tagliaccozzi offrait des

chances de succès égales à celles des deux opérations que nous venons de rapporter, nul doute qu'on devrait toujours lui donner la préférence.

Partant de ce principe, *qu'on doit ménager, autant que possible, les parties non endommagées de la face, surtout lorsqu'il s'agit d'une opération aussi chanceuse que la rhinoplastie*, il est facile de comprendre que si l'expérience eût prononcé en faveur de la *méthode italienne*, il aurait toujours été préférable d'y recourir, puisque cette opération peut être pratiquée, sans qu'il soit nécessaire de porter atteinte ni à la peau du front, ni à celle de la joue. Dans une circonstance à peu près analogue, Dieffenbach fut tenté d'employer un procédé plus singulier encore : « Une fois, dit-il, je fus sur le point d'employer la peau de la jambe d'un jeune homme à qui je devais amputer la cuisse, mais je ne voulus pas risquer, par cette tentative hasardeuse, la confiance de la malade que je ne possédais pas encore à un très-haut degré. » Je regrette sincèrement qu'il n'ait osé procéder à cet essai qui aurait pu terminer la vive discussion qui s'est élevée *sur la possibilité de greffer sur un individu le lambeau de peau appartenant à un autre.*

Il est inutile de revenir sur les procédés de Tagliacozzi et de Greef, que nous avons longuement exposés dans un des chapitres précédens. Aussitôt qu'on a compris leur mode d'exécution, il est facile de les modifier pour les ren-

dre applicables aux cas de restauration de l'aile du nez.

Je me bornerai donc à rapporter la méthode opératoire de Dieffenbach qui diffère en quelques points de celle de Greef et du rhinoplaste italien. Ceux-ci, après avoir convenablement disposé le bras et rafraîchi le moignon nasal, font monter le lambeau brachial de bas en haut vers la face ; tandis que Dieffenbach taille le lambeau, et le dispose de telle manière, que le coude étant fixé devant le front, la portion de peau qu'il veut greffer est dirigée de haut en bas, afin de favoriser le passage du sang à travers le pédicule du lambeau.

Après avoir déterminé la grandeur du lambeau brachial, d'après le modèle en cire de la portion du nez qu'il s'agit de remplacer, Dieffenbach procède à son opération de la manière suivante :

Il commence par tracer sur le bras la forme et l'étendue du lambeau qu'il doit en extraire ; ensuite, il rafraîchit ou excise profondément les bords de l'ouverture nasale, ayant soin d'enlever toutes les parties rugueuses qui pourraient s'opposer à la régularité de la cicatrice : cela fait, il taille dans le bras le lambeau et le dissèque de manière à ne lui conserver adhérence que par l'une de ses extrémités. Relevant alors le bras pour le rapprocher et le fixer solidement vers la figure, il applique la face saignante du lambeau sur l'emplacement qu'il veut lui faire occuper

et l'y maintient assujéti à l'aide de nombreux points de suture entortillée ; un tuyau de plume entouré de charpie huilée est introduit dans l'ouverture de la narine pour s'opposer à son oblitération. Il consolide alors, le mieux qu'il lui est possible, l'appareil de contention, afin que le bras reste immobile. « Au lieu de bandage, dit-il, je me contente de plusieurs longues bandelettes agglutinatives, larges d'un doigt et demi, qui fixent invariablement le bras à la tête. » Ce moyen contentif me paraît beaucoup plus compliqué et moins solide que celui de Tagliacozzi. Durant les premiers jours qui suivent l'opération, Dieffenbach fait garder le repos le plus parfait à son opéré, et se borne à faire de fréquentes lotions détersives. Pour ce qui est du reste de l'opération et des soins à donner au malade, ils sont absolument les mêmes que ceux que nous avons indiqués, lorsque nous avons traité de la rhinoplastie italienne.

Après une opération de rhinoplastie pratiquée par cette méthode, le lambeau, d'abord flasque, devint bientôt un peu tendu, quoiqu'il conservât encore une teinte pâle. Le lendemain, il était très-luisant, gonflé et rouge. Le troisième jour, l'aspect était le même. Le quatrième jour, le lambeau redevint flasque et pâle, mais il resta adhérent malgré l'extraction des aiguilles à suture.

« Je fis alors, dit-il, de fréquentes lotions avec

un mélange d'eau de lavande et de vinaigre aromatique ; j'enlevai le tuyau de plume, je nettoyai l'intérieur du nez par de fréquentes injections d'eau tiède, et je donnai tous les soins possibles aux parties. La malade se portait bien et supportait ses souffrances avec une constance étonnante. Ce qui la faisait le plus souffrir était l'écoulement du pus sur la face. »

Malheureusement, au huitième jour, la suppuration commença à détruire une partie de l'adhérence du lambeau greffé, et peu de temps après la malade, dans un mouvement brusque de la tête, qu'elle fit pendant son sommeil, détacha le reste. Ce dernier accident arriva dix jours après l'opération.

La plaie du bras et celle de la face furent guéries en peu de temps. Le lambeau brachial s'est cicatrisé et rapetissé, mais il est resté encore assez grand pour laisser à Dieffenbach l'espoir de tenter une seconde fois ce genre de restauration nasale. J'ignore si la malade a pu se consoler de ce cruel insuccès et s'est prêtée à un nouvel essai.

Il est très-probable que cette personne, qui jouit d'une excellente santé et d'une forte complexion, se sera décidée à une seconde tentative rhinoplastique. Dieffenbach prétend qu'elle est d'une excessive coquetterie qui lui inspire le courage de supporter toutes les opérations qu'il lui propose. Cela nous donne lieu de présumer que c'est là encore une de ces bonnes constitutions

germaniques propres à subir les corrections opératoires que Dieffenbach juge parfois si nécessaires.

Dans les cas d'absence congéniale ou accidentelle de la cloison du nez et lors de son développement incomplet.

Cette difformité partielle du nez dont j'ai déjà fait mention dans quelques-uns des chapitres précédens, surtout dans celui où je me suis occupé de la restauration du lobe nasal, offre certains caractères qui sont trop essentiels à connaître, pour ne pas consacrer un chapitre spécial aux méthodes opératoires qu'on a proposées pour y remédier.

Il n'est pas rare de rencontrer des personnes chez lesquelles la cloison nasale ne s'étant pas complètement développée, il leur manque alors la totalité ou une partie seulement du bord inférieur de cette portion du nez. Dans d'autres circonstances, j'ai vu le *septum nasal* fenêtré dans une grande étendue, ce qui donnait lieu à une libre et large communication entre les deux fosses nasales; la difformité n'était visible que lorsqu'on regardait par en bas et de côté. Cette disposition anormale était le résultat d'un arrêt d'organogénie.

Dans le courant de l'année 1824, un enfant de treize ans, conduit à l'Hôtel-Dieu de Saint-Cannat dont j'étais le chirurgien, présentait un exemple si remarquable de cette difformité, qu'on aurait cru

qu'il n'y avait qu'une seule fosse nasale, si la séparation de ces deux cavités n'eût été indiquée par un reste de cloison large d'environ deux lignes. C'était le seul indice apparent que présentait ce sujet et à l'aide duquel on pouvait juger de l'existence réelle des deux fosses nasales. En introduisant une sonde de gomme élastique ou le bout du petit doigt au travers de l'une des narines, on arrivait aussitôt dans celle du côté opposé. Le dos du nez était de forme arrondie et se laissait facilement réprimer : néanmoins, cet organe n'offrait pas un aspect très-désagréable, parce que ce vice d'organisation était presque entièrement caché. Comme le petit malade dont il est question avait été conduit à l'hospice pour y être traité d'une affection cérébrale dont il a été guéri, et que, d'ailleurs, sa difformité ne nécessitait aucun genre d'opération, parce qu'il restait une portion suffisante de la partie inférieure de la cloison pour indiquer la séparation des deux narines, je me borne en ce moment à indiquer le cas de difformité nasale.

Relativement à la perte accidentelle de la cloison, les exemples en sont beaucoup plus fréquens que ceux dont je viens de parler.

Il est certaines contrées que j'ai visitées en Orient, où il est d'usage de suspendre à la cloison nasale ou à l'aile du nez, de très-gros anneaux en or ou en argent, genre de parure dont les femmes de ces pays sont tout aussi vaines que

peuvent l'être nos jeunes Européennes de leurs énormes pendans d'oreilles surchargés de diamans ou autres pierres précieuses (1). Aussi observe-t-on en Orient bon nombre de cloisons nasales fendues, et en Occident une quantité non moins considérable d'oreilles déformées. J'ai cependant lieu de croire que les *pendans de nez* étant plus exposés que les *pendans d'oreilles* aux chocs involontaires, ainsi qu'aux violences d'une rixe, le nombre de nez fendus doit être proportionnellement plus considérable que celui d'oreilles *bilobulées*.

Le traitement applicable à cette difformité consiste à rafraîchir et à régulariser les bords de la déchirure pour les réunir ensuite par un ou deux points de suture.

Quant aux autres causes de destruction partielle ou complète de la cloison, elles se rattachent presque toutes aux vices cancéreux, scrofuleux ou vénérien, mais le plus souvent l'action destructive de ces maladies ne se borne point à cette portion médiane du nez, et s'étend aux parties circonvoisines.

On peut établir en règle générale, que lorsqu'on est appelé à pratiquer la restauration de

(1) Krouzam est le nom arabe que les *Rawouazié* (almées) donnent aux anneaux qu'elles suspendent à leur nez. Un jour que je traversais Matarieh, petite ville de la Basse-Égypte, je fus accosté, ainsi que mes compagnons de voyage, par une troupe de ces danseuses qui presque toutes avaient les narines et la cloison nasale déformées par leurs krouzam.

la sous-cloison nasale dans l'un des trois cas suivans : soit après une opération rhinoplastique à la suite de laquelle la portion du lambeau destiné à former la sous-cloison a été gangrénée, soit dans certains cas de bec-de-lièvre compliqués de l'absence ou de la rétraction de la sous-cloison, soit enfin dans les cas de sa destruction par suite d'ulcérations quelconques ou par l'effet d'une lésion traumatique, la restauration de la sous-cloison nasale n'est réellement praticable, que lorsque le bout du nez est bien conservé, et qu'il est resté droit.

Des trois méthodes rhinoplastiques applicables aux cas de difformités nasales dont nous avons parlé dans le chapitre précédent, celle qui consiste à emprunter au front le lambeau de peau nécessaire pour restaurer la cloison, me paraît inapplicable ou tout au moins peu avantageuse, à cause du prolongement considérable qu'il faudrait donner au pédicule de l'appendice cutané, et de la longue cicatrice fronto-nasale qui en serait la suite inévitable. Il nous reste donc à considérer les avantages et les inconvéniens respectifs des deux autres méthodes, celle de Tagliacozzi et celle de Dieffenbach. Nous allons les examiner avec soin et préciser les circonstances où l'on doit leur donner la préférence, en indiquant, toutefois, les modifications importantes qu'on peut leur faire subir.

1° *Application de la méthode italienne à la formation de la sous-cloison nasale.*

Cette méthode qu'on désigne le plus habituellement sous le nom de Tagliacozzi, quoique son véritable auteur soit Branca le Sicilien, ainsi que nous l'avons démontré dans un des articles précédens, cette méthode sera toujours, malgré ses revers et ses nombreux détracteurs, un trait de génie qui pourra devenir d'une grande fécondité lorsqu'elle sera pratiquée par des praticiens encore plus exercés à ce genre d'opérations que ne l'étaient la plupart de ceux qui en ont dernièrement fait l'essai, tant en France que dans l'étranger. Cette méthode rhinoplastique nécessite pour réussir des précautions préparatoires d'un genre particulier, des soins et un à-propos, qu'il est difficile de trouver réunis chez la plupart de nos opérateurs, dont l'esprit est préoccupé d'un si grand nombre de malades et de devoirs si multipliés, qu'un moment d'oubli ou même d'inadvertance peut anéantir le succès qui paraissait le plus assuré.

Pour restaurer la sous-cloison du nez, la méthode italienne, modifiée comme je vais l'indiquer, me paraît préférable à toutes les autres, surtout chez les personnes du sexe qui ont un si grand intérêt à ménager la régularité de leurs traits. Une cicatrice pour si bien disposée qu'elle

puisse être, est toujours fort désagréable à voir sur la figure d'une femme.

Voici de quelle manière il faudrait pratiquer cette opération : c'est du moins celle qui me paraît la plus convenable.

Il faut d'abord s'assurer que la cause qui a produit la destruction nasale à laquelle on doit remédier n'existe plus ; c'est un point essentiel pour tous les cas de rhinoplastie. On commence alors les essais préparatoires au moyen desquels on habitue le patient à conserver assez long-temps la position convenable, pour qu'un lambeau emprunté à l'éminence thénar de la main gauche (1), puisse se greffer par son extrémité libre avec le point le plus élevé et médian de la lèvre supérieure.

Afin d'arriver par gradation et d'une manière assurée à faire conserver à l'opéré cette position immobile, pendant tout le temps nécessaire à la réussite de l'opération, il faut s'y prendre de la manière suivante :

On fait fléchir l'avant-bras gauche, de manière que le nez corresponde par sa base à l'intervalle qui sépare le pouce de l'indicateur ; ce dernier se trouvant en dehors et la face palmaire par conséquent en avant. Une écharpe convenablement dis-

(1) Il est presque inutile de rappeler qu'on appelle *éminence thénar*, la saillie que les muscles court abducteur opposant et court fléchisseur du pouce forment à la partie antérieure, externe et supérieure de la face palmaire.

posée doit soutenir le coude au degré d'élévation nécessaire, et une serviette attachée autour du corps suffit pour y fixer le bras dans la situation que nous venons d'indiquer. Il faut alors prendre note du temps durant lequel le patient pourra supporter cette première épreuve, qui, quoique moins gênante que la position indiquée par Tagliacozzi, est cependant difficile à conserver plus de vingt-quatre heures, sans faire éprouver des tiraillemens douloureux dans l'épaule et le coude. On enlève alors l'appareil, et, après avoir laissé reposer le sujet durant quelques heures, on procède successivement à de nouveaux essais de ce genre en augmentant progressivement la durée de chaque tentative, et jusqu'à ce que le patient puisse y résister sans trop de peine durant cinq à six jours consécutifs. Dès-lors, il est dans les conditions les plus favorables au succès de l'opération. Il est très-important, pour seconder ces dispositions préliminaires, de faire observer un régime sévère et tempérant, ce qui prévient le besoin de mouvement et d'exercice de tous les membres qu'éprouvent tous les individus qui se nourrissent bien. Personne n'ignore qu'après un repas un peu abondant, lors même que l'estomac n'aurait reçu qu'une sur-excitation peu considérable, les membres éprouvent le désir continuel de s'étendre et tous les muscles en général, celui de se contracter. Il faut donc prescrire pour toute alimentation : des soupes de riz, de semouille, de vermicelle, des purées, des viandes blanches, et de

l'eau rougie pour boisson. Ce n'est point encore sans difficulté qu'on parvient à introduire ces alimens dans la bouche, son ouverture étant à moitié masquée par la base dorsale de la main gauche, Tout ceci n'étant que d'un intérêt secondaire, on tâche de faire pour le mieux, en dérangeant le moins possible la position qu'on a donnée au bras, à l'avant-bras et à la main. Pour rendre cette situation plus supportable, on aura la précaution de faire placer deux ou trois oreillers dans le lit du malade, afin qu'il puisse dormir étant presque assis.

Premier temps de l'opération.

Après avoir pris toutes ces dispositions, on trace sur l'éminence thénar de la main gauche une figure elliptique longue d'un pouce (1), large de six ou sept lignes, et disposée de manière à ce que l'une de ses extrémités soit à deux lignes environ du fond de l'échancrure qui sépare le pouce du doigt indicateur, et l'autre dans une direction oblique en dehors relativement à l'axe du pouce; ensuite on rafraîchit, ou pour mieux dire on rend sai-

(1) Il est impossible de déterminer à l'avance le degré de longueur à donner au lambeau qui doit former la sous-cloison; son étendue doit être relative à celle du nez. Toutefois, il est plus prudent de le faire trop long que trop court, parce qu'il est facile de remédier au premier inconvénient, et que d'ailleurs la rétraction naturelle du tissu opère bien vite ce raccourcissement.

gnante la partie postérieure du bout du nez où doit se faire le greffement de l'extrémité antérieure de la nouvelle sous-cloison. Cela fait, on dissèque le lambeau, on le rend libre par son extrémité, correspondant à l'échancrure placée entre le pouce et l'indicateur, et l'on a soin de ne le laisser adhérent à la main que par l'autre bout, qui doit lui servir de pédicule nutritif jusqu'au moment où cette pseudo-sous-cloison aura contracté adhérence avec la partie antérieure de l'ouverture des narines. Afin de rendre le lambeau plus épais, il faut le détacher avec le tissu cellulaire sous-cutané qu'il recouvre. Alors commence la partie la plus difficile de l'opération. L'opéré, assis sur une chaise longue, convenablement disposée pour qu'il puisse s'y endormir durant les deux ou trois premières nuits, et durant les trois ou quatre subséquentes, si cela lui est possible, on lui applique l'appareil contentif que nous avons précédemment indiqué (1).

Le bras, l'avant-bras, la main et la tête étant solidement fixés dans la position que nous avons

(1) Pour lui donner plus de solidité on peut se servir d'un large corset de cuir ou de toile, lacé en arrière et présentant, à gauche, un peu en avant, trois courroies, et à droite, trois boucles où devront s'attacher le bout de ces courroies destinées à fixer contre la poitrine, l'avant-bras et le bras dans la position convenable à l'opération. Quant à l'écharpe, qui a pour objet de rendre la tête immobile, on peut y substituer quatre lanières de peau attachées en croix au sommet d'une calotte de cuir ayant la forme d'un casque; l'un des liens serait bouclé en avant du corset, l'autre en arrière et les deux derniers latéralement.

indiquée, on réunit l'extrémité libre du lambeau à la partie interne du bout du nez. Trois points de suture entortillée ou entrecoupée suffisent pour cet objet. On place deux bandelettes de taffetas d'Angleterre au-dessous du lambeau pour rapprocher légèrement les bords de la plaie de la main; on place par dessus un petit plumasseau de charpie, enduit à sa partie supérieure d'un peu de cérat qui sert à lubréfier la face saignante de l'appendice, et la met à l'abri de l'action irritante de l'air.

Cette première partie de l'opération terminée, on recommande le repos et la diète au malade; on lui fait prendre ses boissons au moyen d'un chalumeau ou d'un tube en gomme élastique; on place auprès de lui un élève intelligent, qui doit veiller sur le moindre de ses mouvemens, et qui, de concert avec une garde-malade, ne doit pas le perdre de vue un seul instant. Quant aux soins et aux précautions hygiéniques à prendre durant les premiers jours, on ne saurait y apporter une trop scrupuleuse attention; toutefois il est essentiel de bien se rappeler que l'immobilité des parties opérées est le *sine quâ non* du succès de ce procédé rhinoplastique.

Le premier pansement ne doit avoir lieu que le second ou troisième jour pendant l'été, et le quatrième ou cinquième durant l'hiver. Pour cela faire, il ne s'agit que de remplacer avec beaucoup de précaution le petit plumasseau, en ayant soin d'enlever le premier, sans opérer la moindre traction

sur le lambeau greffé. Immédiatement après le renouvellement de l'appareil, on coupe le point de suture du milieu, ce qui permet de voir si l'adhérence s'est établie; lorsqu'on s'est assuré qu'elle est solide, on peut alors sans risque enlever les deux autres points de suture.

Second temps de l'opération.

Vers le septième ou huitième jour, le greffement du lambeau est assez avancé pour permettre de détacher son pédicule de l'éminence thénar, afin de le faire adhérer à la partie postérieure des ouvertures des narines. Voici comment on procède à cette partie importante du procédé opératoire. On incise lentement et sans secousse l'extrémité restée adhérente du pédicule, en prolongeant obliquement en dedans ses deux bords, de manière à les réunir sous un angle d'environ 45 degrés; on dissèque sa face interne pour la détacher de la main, et l'on débarrasse cette dernière, ainsi que le bras, de tous leurs liens.

On pratique aussitôt une ouverture un peu oblongue, en forme de croissant, sur l'emplacement que doit occuper l'extrémité postérieure de la sous-cloison nasale; on excise à cette dernière partie une couche très-légère de sa face dermoïque, pour qu'elle puisse contracter immédiatement adhérence avec la paroi inférieure de l'ouverture où

l'on doit l'insérer, et on l'y fixe par un ou deux points de suture (1).

Un petit bourdonnet de charpie, enduit de cérat, étant introduit dans chaque ouverture des narines, maintient la cloison au milieu, et sert en même temps à relever ses bords latéraux, ce qui facilite l'adhérence mutuelle des deux côtés de la face interne de l'appendice. On pourrait encore rendre cette adhésion plus prompte, soit à l'aide d'une feuille de plomb, soit au moyen d'un point de suture central, ainsi que nous l'avons indiqué dans un des articles précédens. Cette dernière partie de l'opération est d'autant plus facile à exécuter, que déjà les deux bords de l'appendice ont commencé à se contourner et se sont rapprochés pendant les sept ou huit jours nécessaires au greffement de son extrémité antérieure.

Quant aux pansemens de la main, ils consistent dans le simple rapprochement des deux lèvres de la plaie, soit à l'aide de bandelettes agglutinatives, soit en rapprochant et en fixant le pouce des autres doigts, ce qui tend naturellement à faciliter la réunion des deux bords, qui sont déjà en voie de cicatrisation.

Quelques brins de charpie placés dans le creux

(1) Dans le cas où l'on voudrait employer la suture entortillée, il faudrait se servir d'une aiguille ou épingle courbe armée d'une forte tête, afin de pouvoir diriger la pointe de manière à lui faire traverser les deux bords de l'ouverture en même temps que l'extrémité postérieure de la sous-cloison qu'on y a insérée.

de la main, et une bande roulée autour des doigts rapprochés en faisceau, suffisent pour cet objet.

Cette opération, qui n'a besoin que d'être pratiquée avec soin pour bien réussir, offre le grand avantage de ne laisser sur la figure aucune trace de cicatrisation; elle ne donne lieu qu'à une cicatrice linéaire qui, placée à la face interne de la main, et dans une direction longitudinale, finit par se confondre avec les plis de cette partie. Ainsi que je viens de l'indiquer, on peut donc, à l'aide de beaucoup de précautions, de tâtonnemens et d'essais sagement dirigés, habituer le malade à supporter sans trop de douleur la gênante position qu'il faut donner au bras et à l'avant-bras; mais un inconvénient, qui tient indispensablement à la nature de ce procédé opératoire, c'est qu'on est obligé de le pratiquer en deux fois et à une semaine au moins d'intervalle. Ici, comme dans les premiers procédés rhinoplastiques importés de l'Inde, et qui avaient pour objet de restaurer la totalité du nez, on perd l'avantage de la continuité du pédicule, ce qui ne permet point de conserver au lambeau la moindre partie de sa nutrition normale. Il importe cependant de faire observer que, vu la petitesse de l'appendice transplanté de la main au nez pour y être greffé, les risques de sa mortification sont beaucoup moins à craindre que lorsqu'il s'agit de déplacer un lambeau assez étendu pour refaire toute l'éminence nasale. Les craintes qu'inspire la gangrène du tissu

nouvellement greffé, devant être en rapport direct avec l'étendue de ce dernier, il n'est guère présumable que cette grave complication puisse se déclarer dans cette circonstance, puisqu'elle est déjà si rare dans les cas où l'on déplace une portion tégumentaire trois ou quatre fois plus considérable.

2° *De la formation de la sous-cloison nasale aux dépens de la lèvre supérieure.*

La principale règle qu'établit Dieffenbach, à qui nous sommes redevables de la première opération de ce genre, c'est qu'il vaut mieux donner un excès de longueur et de largeur à la nouvelle sous-cloison, que de s'exposer à la tailler trop mince et trop courte. Son précepte, qui me paraît très-bon en théorie, et qui est d'une application pratique tout aussi facile qu'avantageuse dans toutes les autres opérations rhinoplastiques, est d'une inutilité complète dans le cas actuel. En effet, on ne saurait, dans cette circonstance, donner au lambeau plus de longueur que n'en présente l'élévation de la lèvre supérieure, ni une largeur plus considérable que son épaisseur, c'est-à-dire de plus de trois lignes, parce que cette portion charnue est par trop épaisse pour qu'on puisse la doubler, comme nous l'avons indiqué dans l'opération précédente. Il est très-

essentiel, tout en cherchant à rétablir la sous-cloison nasale, de ne pas s'exposer à boucher complètement les ouvertures des narines, ce qui ne manquerait pas d'arriver, si le lambeau greffé était plus considérable que ne le comporte en réalité la portion de l'organe qu'il est destiné à remplacer.

Dieffenbach, dont l'esprit ingénieux trouve toujours le moyen de surmonter les difficultés opératoires, a aussi imaginé d'emprunter le lambeau horizontal à la lèvre supérieure, lorsque cette dernière est trop courte, ou que sa partie moyenne a été détruite par une affection cancéreuse, ou qu'elle ne s'est pas développée, comme dans le cas d'un double bec-de-lièvre.

Lorsque la lèvre est charnue et largement développée, Dieffenbach exécute l'opération de la manière suivante: il commence par rendre saignante la partie inférieure et postérieure du bout du nez; ensuite, au moyen de deux incisions perpendiculaires comprenant toute l'épaisseur de la lèvre, il forme une bandelette large de huit ou neuf lignes, en prolongeant une de ces incisions jusque dans l'intérieur de la cavité nasale; il détache supérieurement le lambeau à une assez grande distance, de manière qu'il ne tienne plus que par la portion comprise au-dessus de l'incision non prolongée. Après cela, il excise la petite portion de substance labiale rouge qui termine le lambeau, il le tourne, le redresse de manière que

cette extrémité saignante se trouve correspondre à la partie interne du bout du nez, et l'y fixe à l'aide de deux ou trois points de suture entortillée. Ce n'est qu'après la cessation de toute hémorrhagie qu'il procède à la réunion du bec-de-lièvre artificiel qu'a produit l'excision de la lèvre. Cette partie de l'opération est d'une exécution si facile qu'il suffit de l'indiquer.

Lorsque la partie *cartilagineuse de la cloison* existe encore, les chances de réussite sont plus grandes. Dans ce cas, il faut exciser le bord inférieur du cartilage : l'on y attache le lambeau au moyen de deux fils qu'on fait passer à travers le cartilage et qu'on vient nouer contre la face inférieure de l'appendice greffé, qui se trouve alors intimement appliqué par sa face saignante contre le bord fraîchement excisé de la cloison.

L'opération terminée, la cloison offre d'abord un aspect très-informe, et qui le devient encore davantage quand le gonflement inflammatoire se déclare : mais peu de temps après, elle se dégorge, ses bords latéraux se renversent en dedans, elle devient alors plus étroite, surtout dans le milieu, tandis que les points de suture la maintiennent plus élargie en avant et en arrière. C'est ainsi qu'elle se rapproche de sa forme naturelle. On peut, ainsi que nous l'avons indiqué, seconder cette heureuse disposition de la cicatrisation, en appliquant, sur la partie moyenne de la cloison, une plaque de plomb recourbée et qui en rapproche davantage les

deux côtés. On commettrait donc un grand tort en faisant une cloison étroite ; d'abord elle est plus exposée à la gangrène, ou tout au moins à l'atrophie, et très-souvent elle finit par devenir si mince, que vue de côté elle paraît filiforme, ce dont Dieffenbach a rencontré plusieurs exemples.

Dans le cas de tension extrême de la lèvre supérieure par suite d'une brûlure considérable à la joue ou par l'effet de tout autre état pathologique, lorsqu'enfin la bouche, sans être tiraillée ni à droite ni à gauche, est seulement d'une petitesse remarquable, au point de ne pas permettre l'emprunt d'un lambeau suffisamment large et long, c'est dans ces circonstances embarrassantes que Dieffenbach propose, pour refaire la sous-cloison nasale, d'exciser une bandelette horizontale dans la lèvre supérieure ou dans la partie la plus voisine de la joue. On conçoit aisément, d'après tous les détails précédens, quelle est la disposition et la forme particulière à donner au lambeau, ainsi que toutes les autres précautions opératoires qu'il faut prendre dans cette circonstance. Le mieux alors serait de réunir la plaie de la lèvre ou de la joue, avant d'attacher l'extrémité libre de l'appendice au bout du nez. C'est le sûr moyen de prévenir ou d'obvier, à l'instant même, aux tiraillemens et à la fausse direction que pourrait éprouver la nouvelle sous-cloison, par l'effet du rapprochement forcé des bords de la plaie labiale ou de la joue.

Il faut, trois jours après l'opération, retirer du nez et de la lèvre presque toutes les aiguilles qui ont servi à pratiquer et à maintenir les points de suture entortillée.

Dieffenbach ajoute qu'on doit en laisser quelques-unes jusqu'au quatrième ou cinquième jour; mais lorsque l'inflammation est très-vive, cet opérateur recommande de retirer quelques-unes de ces aiguilles vingt-quatre heures après l'opération, afin de diminuer l'excès d'irritation et l'étranglement des parties enflammées. Sans cette précaution, il serait à craindre que l'engorgement inflammatoire donnât lieu à la déchirure des points de suture, et que la gangrène ou tout au moins une suppuration très - abondante vînt détruire une portion ou la totalité du lambeau. Aussi nous ne saurions trop insister sur le précieux avantage que présente une hémorrhagie nasale abondante, et sur l'importance de laisser librement écouler le sang avant de procéder à la réunion des bords de la plaie. Comme il est très-rare que cet épistaxis traumatique soit assez abondant pour faire courir quelques risques à l'opéré, il vaut mieux le laisser s'affaiblir, au-delà même du degré nécessaire, que d'employer trop tôt l'usage des moyens hémostatiques. Toutefois néanmoins, si l'un des bords du lambeau ou des lèvres de la plaie était le siège d'une hémorrhagie artérielle qui fût trop abondante, il faudrait, aussitôt qu'on aurait jugé la perte de sang suffisante, lier le vaisseau ou mieux

encore pratiquer la torsion, d'après le procédé imaginé par M. Amussat.

Lorsque la réunion et la consolidation s'est faite, que le greffement du lambeau est solide ou que sa face interne ou supérieure est cicatrisée, Dieffenbach propose alors de procéder à la section du pédicule. « On procède, dit-il, à cette opération de la manière suivante : on circonscrit demi-circulairement le pont avec le bistouri ; on le détache suivant les circonstances, d'une, deux ou trois lignes des alentours, mais on ne sépare pas complètement la face inférieure du lambeau de son col primitif, on la fait passer latéralement dans un enfoncement qu'on pratique en excisant un lambeau cutané correspondant à la lèvre supérieure, et on l'assujétit là par trois points de suture. La plaie qui résulte de l'excision du pont, doit guérir par suppuration ; si on voulait aussi la fermer par suture, il en résulterait une compression nuisible au lambeau. »

« Cette dernière partie de l'opération, ajoute Dieffenbach pourrait être facilitée par la formation préalable, dans le milieu de la lèvre supérieure, d'un sillon propre à recevoir la cloison, après quoi on séparerait celle-ci tout-à-fait de son sol, et on la fixerait à sa nouvelle place. Cependant il est facile de voir que la nutrition venant du bout du nez, serait trop maigre pour entretenir le lambeau dans toute sa longueur; je pense donc que la mort de son extrémité inférieure serait

inévitable, tandis qu'on n'a pas à la craindre en ne séparant pas tout-à-fait la languette cutanée de son sol primitif. »

Les frayeurs de Dieffenbach, relativement à la *gangrène inévitable* de l'appendice, par suite de la séparation complète du pédicule d'avec la lèvre, me paraissent beaucoup trop exagérées. Nous verrons bientôt, à l'occasion d'une semblable opération pratiquée par M. Gensoul sur un opéré de M. Dupuytren, que cette menace de mortification ne s'est point effectuée.

Si, après la cicatrisation et la guérison complète des parties, la cloison tendait trop à se raccourcir de manière à tirailler le bout du nez, circonstance très-rare, mais qui peut cependant survenir à la suite de l'opération la mieux pratiquée, il ne faudrait nullement s'en inquiéter, parce qu'il est très-facile d'y remédier. Il suffit, pour cela, de prolonger le pédicule de la cloison, ce qu'on obtient aisément en pratiquant à la lèvre supérieure, et dans chaque ouverture des narines, deux incisions de cinq lignes d'étendue qui, par leur extrémité inférieure, correspondent à deux lignes et demie plus bas que le point d'insertion du pédicule. On les réunit inférieurement, à angle droit, par une troisième incision qui, par conséquent, doit être transversale et d'un quart de pouce environ. Ces trois sections terminées, on dissèque de bas en haut la totalité de cet appendicule qui, dans sa partie inférieure ou *extra-nasale*, ainsi que dans

sa portion *intra-nasale* restée adhérente, devra n'avoir que trois lignes d'épaisseur. Maintenant, nous allons faire sentir l'utilité de toutes ces dispositions. La dissection terminée, la partie postérieure de la sous-cloison n'est restée adhérente que par l'extrémité supérieure de l'appendicule : on relève alors l'extrémité inférieure, qu'on rapproche de l'autre pour l'y réunir à l'aide d'un point de suture simple. Ceux qui auront bien saisi ce manuel opératoire comprendront aisément que, par ce procédé, la sous-cloison se trouvera nécessairement prolongée de deux lignes plus ou moins, suivant la rétraction qu'auront éprouvés les tissus incisés.

Trois résultats positifs ressortent de cette opération : 1° le prolongement de la sous-cloison nasale, sans être obligé de détacher entièrement son extrémité postérieure ; 2° l'avantage d'opérer cet allongement tout en conservant à l'extrémité postérieure de la sous-cloison le même degré de hauteur, c'est-à-dire son niveau avec le bout du nez ; 3° enfin, le troisième consiste à fournir à la mi-portion inférieure de l'extrémité postérieure de la sous-cloison, une languette de chair recouverte de son épiderme. Ce procédé opératoire exige beaucoup de précision, mais n'est point difficile à pratiquer. Quant à la réussite, elle est aussi sûre que facile à obtenir.

Pour ce qui est de la petite plaie labiale prove-

nant de l'excision de l'appendicule dont je viens de parler, il faut la faire terminer en pointe inférieurement, afin de rendre sa réunion plus facile. On conçoit qu'un seul point de suture entortillée doit suffire pour en obtenir la prompte cicatrisation.

Le second ou troisième jour après cette opération secondaire, on détache le point de suture simple qui a servi à maintenir en rapport exact la surface saignante des deux portions adossées de l'appendicule. Le jour suivant, on enlève aussi l'aiguille du point de suture entortillée qu'on avait appliquée à la lèvre supérieure. Ici donc, comme dans le procédé à peu près analogue, mais moins correct, proposé par Dieffenbach, le petit lambeau reste en communication organique avec la portion supérieure de la lèvre, et sa mortification n'est pas probable (1).

Lorsque la sous-cloison conserve son degré de longueur convenable, le bout du nez ne se trouve point tiré en bas et en arrière, comme cela arrive le plus ordinairement; il en est surtout ainsi lorsque les bords latéraux du milieu de la cloison, après avoir été relevés, se sont soudés l'un à

(1) Dieffenbach prétend que pour allonger la cloison « il suffit de faire deux incisions de trois lignes dans la lèvre supérieure, de réunir les deux incisions par une autre transversale, courte et convexe de haut en bas, et de soulever le lambeau de son ancienne place, sans le détacher complètement de son fonds. »

l'autre : la portion de tissu greffé se consolide alors de jour en jour et finit par paraître tout-à-fait semblable à une cloison naturelle.

Je vais rapporter, à l'appui de ce que viens de dire relativement à la restauration de la sous cloison en empruntant le lambeau à la lèvre supérieure, une observation de Dieffenbach qui mentionne un cas de difformité de cette nature, guéri par un procédé à peu-près semblable.

« Un homme de trente-six ans avait perdu la partie inférieure de la cloison cartilagineuse et toute la cloison cutanée par un ozène vénérien. Après avoir rafraîchi la partie antérieure et inférieure du bout du nez, j'enlevai du milieu de la lèvre supérieure un lambeau large presque de neuf lignes ; je réunis ensuite la plaie labiale par quatre sutures entortillées, et, par trois autres, le sommet du lambeau avec le nez. L'inflammation violente qui s'empara les premiers jours, de la lèvre supérieure, du lambeau et du bout du nez, fut calmée par des fomentations froides ; le troisième jour, je retirai deux aiguilles de la lèvre et du nez, le lambeau étant recollé partout. Le quatrième jour, j'enlevai les dernières aiguilles, et j'appliquai sur la lèvre supérieure de longues et étroites bandelettes agglutinatives ; j'en mis aussi sur le bout du nez de courtes et larges comme un fétu de paille. La suppuration au voisinage du pont dura un mois, pendant lequel le lambeau se rétrécit de moitié. Dans la sixième semaine, je

coupai le pont, j'engageai l'extrémité postérieure de la cloison dans une plaie nouvelle faite à la lèvre, et je la fixai là par deux points de suture. La moitié seulement du lambeau se réunit de suite ; l'autre ne le fit qu'au bout de trois semaines par granulation. »

Une opération de ce genre non moins importante et beaucoup plus complète est celle que M. Dupuytren a pratiquée avec succès chez un jeune homme d'un tempérament lymphatique, dont la sous-cloison nasale avait été entièrement détruite par une ulcération scrofuleuse. M. le docteur Marx (secrétaire de M. Dupuytren) ayant eu l'obligeance de me remettre, il y a environ six mois, le manuscrit renfermant l'histoire complète de cette observation, ainsi que les deux dessins, dont l'un représente le malade avant l'opération, et l'autre l'opéré complètement guéri de sa difformité, je vais leur donner place dans cette partie de mon travail dont ils ne pourront qu'augmenter l'intérêt pratique.

Observation sur une restauration de la sous-cloison nasale, pratiquée par M. DUPUYTREN, *et recueillie par M. le docteur* MARX.

« Consulté une première fois, il y a cinq ou six ans, par les parens du jeune T. G., sur les moyens

de remédier à une destruction profonde de la cloison et du bout du nez, destruction produite par un ulcère rongeant non encore entièrement guéri, M. Dupuytren ne crut pas arrivé le moment de corriger cette difformité; la cause du mal ne lui semblait pas encore épuisée, et le nez ne lui semblait pas avoir acquis un développement suffisant.

M. Dupuytren craignait en agissant prématurément, ou que la cause du mal ne s'opposât au succès de l'opération, ou que cette opération, pratiquée avant que le nez eût acquis son entier développement, ne fût suivie d'une déformation consécutive par l'accroissement inégal des parties rapportées, et des parties restées dans leur situation naturelle. M. Dupuytren crut donc devoir donner le conseil de renvoyer à un temps plus reculé tout projet de restauration du nez, et il conseilla en attendant, un régime et des boissons dépuratives.

Ce parti fut adopté, et, pendant les années suivantes la cause du mal parut s'épuiser, les progrès se bornèrent, les ulcérations se cicatrisèrent, le nez prit un développement convenable, toute la constitution de T. G. s'affermit.

A cette époque, impatient d'être débarrassé d'une difformité qui lui était devenue insupportable, T. G. quitta le séminaire de Châlons, où il était élève, pour venir à Paris, accompagné de M. B. son oncle.

La difformité consistait alors dans une destruc-

tion complète de la peau de la cloison, dans la destruction du cartilage de cette cloison à six ou huit lignes de hauteur, dans un renflement arrondi et mollasse du bout du nez. Les ailes du nez n'avaient été que légèrement affectées par l'ulcère rongeant, et elles n'offraient que de faibles traces de cicatrices; et pourtant, l'ensemble de ces altérations avait donné lieu à une difformité qui était d'autant plus repoussante que le malade relevait davantage la tête, et la portait plus en arrière; la voix était altérée.

Telle était la difformité à laquelle M. Dupuytren avait à remédier.

Pendant qu'il méditait son plan d'opération, T. G. consulta le baron A. Dubois, qui déclara le mal au-dessus de toutes les ressources de l'art, et conseilla de s'abstenir de toute opération; celle-ci lui paraissait plus propre à augmenter le mal qu'à le diminuer. M. Roux, consulté à son tour, pensa, au contraire, que l'art pouvait venir utilement au secours de la nature, et, sans s'expliquer sur les moyens qu'il pourrait mettre en usage, il conseilla formellement la restauration du nez.

Placé entre ces avis opposés, T. G. vient se remettre aux mains de M. Dupuytren. Son plan d'opération était déjà formé : il y avait 1° une perte de substance à réparer, 2° une exubérance à retrancher; la perte de substance affectait la cloison, l'exubérance affectait le bout du nez. Il est,

en général, facile de retrancher, mais il est plus difficile d'ajouter. Cette dernière circonstance avait surtout occupé M. Dupuytren. Il fallait faire un emprunt à quelque partie de la face pour remplacer ce qui manquait à lacloison du nez.

Mais où prendre la partie de peau dont on avait besoin?

Le front est la partie sur laquelle ces sortes d'emprunts se font le plus fréquemment; mais le front est séparé de la partie qu'il fallait réparer par toute la longueur du nez. Le lambeau passerait-il sur la peau du nez, ou y serait-il inséré? L'un et l'autre de ces modes parut sujet à trop d'inconvéniens. La joue était plus voisine, il est vrai, mais il était à craindre que l'emprunt ne pût pas être assez bien déguisé pour qu'il n'excitât pas une difformité formée par une cicatrice en travers. M. Dupuytren avait remarqué que son jeune malade avait la lèvre supérieure très-épaisse et très-haute tout-à-la-fois ; que cette épaisseur et cette hauteur étaient portées au point d'ajouter beaucoup à la difformité du nez. M. Dupuytren résolut alors de corriger toutes ces difformités par une seule et même opération, en prenant sur la hauteur et sur la largeur de la lèvre supérieure ce qu'il se proposait d'employer à reproduire la cloison, et après avoir taillé sur la lèvre supérieure la pièce dont il avait besoin, d'emporter du bout du nez l'exubérance désagréable qui s'y trouvait, et d'insérer, à la place, l'extrémité du lambeau

destiné à remplacer la partie inférieure de la cloison. D'ailleurs, M. Dupuytren se proposait de rapprocher, par une suture entortillée, les bords de la plaie faite à la lèvre supérieure, et de fixer, par le même moyen, l'extrémité libre du lambeau au bout du nez. Voici comment l'opération fut pratiquée le 15 avril 1828 (M. le docteur Caillard fils et moi aidâmes M. Dupuytren).

Le malade, assis sur une chaise, fut placé vis-à-vis d'une fenêtre, la tête appuyée et maintenue contre la poitrine de M. Caillard. M. Dupuytren saisissant alors un bistouri droit à lame fort étroite, rafraîchit ce qui restait de la cloison, et enleva, avec précaution, le tissu cutané nouveau qui était formé à la partie interne de la pointe du nez. Ce premier tems de son opération étant achevé, il dessina, d'après des dimensions exactes sur la lèvre supérieure, le lambeau qu'il voulait lui emprunter, le détacha avec soin à l'aide du bistouri, et ne conserva, de toute l'épaisseur de la lèvre, que la membrane muqueuse; ce lambeau fut retourné, en tordant son pédicule de droite à gauche, et M. Dupuytren le fixa à la pointe du nez à l'aide de deux aiguilles et de fils de soie cirés; deux tampons de charpie enduits de cérat furent placés dans chaque narine entre l'aile du nez et la cloison de nouvelle formation. Le tout fut maintenu à l'aide de bandelettes agglutinatives dont le plein, appliqué sur la cloison, servait à la soutenir, et dont les extrémités allaient se fixer sur les joues, le front et les tempes.

Restait encore à faire disparaître la perte de substance causée à la lèvre supérieure ; deux aiguilles et une suture entortillée en rapprochèrent les bords de manière à ne laisser entre eux qu'un intervalle imperceptible.

Le malade fut mis au lit, la tête élevée par plusieurs oreillers, on lui recommanda le silence le plus absolu. Des boissons adoucissantes, des bains de pieds sinapisés furent prescrits ; on ne permit que du bouillon pour toute nourriture.

A cette époque M. Delpech vint à l'Hôtel-Dieu assister à une des leçons cliniques faites avec tant d'assiduité et de succès par M. Dupuytren. Le professeur lui demanda son avis sur ce cas singulier, lui parla de l'opération qu'il avait déjà pratiquée comme d'un projet. A l'idée de faire un emprunt à la lèvre supérieure, M. Delpech soutint avec force que, pour faire cette opération, il fallait, sous peine d'échouer, faire un emprunt au front. M. Dupuytren mit fin à la discussion en apprenant à M. Delpech que l'opération avait été pratiquée par emprunt à la lèvre supérieure, qu'elle avait parfaitement réussi, et il l'invita à s'en assurer en venant voir son jeune malade.

Le sixième jour (21 avril), M. Dupuytren enlève les bandelettes de diachilon, et relève les deux aiguilles de la lèvre supérieure ; la plaie, réunie par première intention, offre une cicatrice linéaire.

Le neuvième jour (24 avril), on relève les aiguilles qui maintenaient la nouvelle cloison ; le lendemain, les fils tombèrent d'eux mêmes, le lambeau vivait, il était réuni à la cloison et à la pointe du nez.

J'ai voulu vérifier sur ce malade s'il était vrai que les sensations que l'on excitait sur la partie nouvelle, les faisaient toujours sentir à l'endroit où l'emprunt avait été fait, et je dois dire que jamais je n'ai pu obtenir ce résultat.

La vérité veut cependant que je dise que l'angle de torsion, formé à la base du pédicule, devenu la cloison nouvelle du nez, causait une saillie un peu désagréable au malade, saillie que M. Dupuytren ne voulut pas faire cesser par une opération, espérant qu'elle s'affaisserait et disparaîtrait par les progrès du temps.

Un an après, le malade revint à Paris dans l'espérance que M. Dupuytren consentirait à faire la section du pédicule, mais il trouva tellement affaissée la saillie formée par sa torsion, qu'il se refusa de nouveau à toute opération nouvelle, affirmant que sous un an ou deux il n'en resterait plus de trace. En effet, la diminution de la saillie était telle, qu'il ne lui semblait pas possible qu'après ce grand pas fait vers le retour aux formes naturelles, cette saillie ne disparût pas complètement. Cependant le malade, pour qui le désir et l'impatience

grossissaient les inconvéniens, ayant eu l'occasion de consulter le docteur Gensoul, alors chirurgien en chef de l'hôpital de Lyon, celui-ci se rendit aux volontés de T. G., et à l'aide d'une opération que je ne chercherai pas à analyser, dans la crainte de n'être pas compris, et que je rapporterai textuellement, il corrigea complètement cette saillie.

« J'enfonçai obliquement la pointe d'un bistouri très-aigu à droite de la base du lambeau attaché à la lèvre que je fendis dans presque toute son épaisseur et sa hauteur; à gauche, j'agis de la même manière, et les deux incisions obliques s'étant rencontrées par leur sommet dans l'épaisseur de la lèvre, le lambeau fut détaché. Il représentait à sa base la forme d'un coin. Je le soulevai, et comme par ce moyen j'avais réduit la plaie de la lèvre à une simple incision par la perte de substance que je lui avais faite, je la réunis à l'aide d'une épingle et d'un long fil ciré. Le nez, qui était fortement tiré en bas, n'étant plus fixé, put se relever à la faveur de l'élasticité de son cartilage; déjà M. G. était soulagé, mais il restait encore une cloison épaisse et qui eût été très-difforme si je l'eusse abandonnée dans cet état. Pour l'amoindrir et faire disparaître l'angle saillant qu'elle formait dans le point où je l'avais détachée, je fis deux incisions d'une ligne et demie à deux lignes de profondeur dans toute la hauteur et sur chaque côté du lambeau qui formait la cloison; j'enlevai, à l'aide d'une

pince et du bistouri, la peau et les parties molles comprises entre ces deux incisions; et avec deux petites épingles dites à dentelles, je traversai les lèvres de la division, et les réunis avec un fil très-mince que je serrai très-peu dans la crainte d'éteindre la vitalité de la cloison artificielle.

» J'apportai la plus grande attention à visiter deux fois par jour le lambeau qui avait été suturé, dans le but d'enlever promptement les moyens contentifs pour peu que je l'eusse trouvé ou froid ou livide. Mais la réunion s'opéra sans aucun accident, et le cinquième jour je retirai les épingles. Je vis encore M. G. pendant une semaine, et la cicatrice paraissant solide, je lui permis de retourner à Châlons. »

Nos lecteurs seront peut-être bien aises de savoir ce que M. Dupuytren a pensé de l'opération de M. Gensoul, destinée à compléter celle qu'il avait faite à T. G. Nous pouvons satisfaire leur juste curiosité, en mettant sous leurs yeux la lettre que le célèbre chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris adressa à celui de Lyon, en réponse à l'envoi du journal dans lequel l'observation se trouvait consignée. J'ignore si cette lettre a été envoyée, mais j'en ai retrouvé le brouillon manuscrit dans mes papiers.»

Paris, 25 février 1830.

Monsieur et très-honoré confrère,

Le premier numéro de votre Journal clinique vient de m'être remis. Je dois sans doute cet envoi à votre bienveillance et à celle de messieurs vos collaborateurs. Je m'empresse de vous en adresser mes remercîmens.

Je ne saurais assez applaudir au parti que vous avez pris de publier les résultats de votre expérience dans la première ville du royaume après Paris.

Grâce à cette résolution, le flambeau qu'allumèrent les Pouteau, les Petit et autres, va briller d'un nouvel éclat, et la ville de Lyon va fournir maintenant, ainsi qu'elle l'a fait par le passé, son contingent de lumières à l'art de guérir.

Je ne doute pas que l'Europe savante n'applaudisse à votre honorable entreprise, et qu'elle ne la seconde par son approbation. Ainsi les écoles du midi vont se trouver liées à celles du nord par une communication non interrompue d'idées, de faits et d'observations.

J'ai vu avec un vrai plaisir que vous ayez complété la cure de la difformité du jeune T. G. Ce plaisir ne saurait être diminué par quelques inexactitudes qui se sont glissées, sans doute à votre insu, dans le récit que vous en avez fait.

La sincérité de mes sentimens à cet égard vous sera attestée par la confiance que je prends de vous envoyer l'observation recueillie par M. Marx, sur la difformité de ce jeune homme, et les dessins exécutés d'après nature, tant avant qu'après l'opération, que vous avez bien voulu rappeler.

Vous pourrez faire de cette observation et de ces dessins l'usage que vous jugerez le plus convenable, mais je dois vous faire remarquer que le dessin qui représente le nez avant l'opération ne donne qu'une faible idée de la difformité, et que celui qui représente cette partie après l'opération ne rend pas tout-à-fait ce qui restait de cette difformité; le tout par suite de la tendance qu'ont

les peintres, qui ne sont pas médecins, de ramener aux formes naturelles les formes des parties malades (1).

Recevez, Monsieur, et faites agréer à MM. vos Collaborateurs, l'assurance de ma parfaite considération,

Baron Dupuytren.

Considérations supplémentaires à la rhinoplastie de la sous-cloison nasale.

Le tiraillement vicieux du bout du nez et l'altération de forme de son lobe ainsi que de ses ailerons coexistent la plupart du temps avec un double bec-de-lièvre et la scission du voile du palais. Lorsque la sous-cloison du nez est congénialement trop courte, sans complication de bec-de-lièvre ni d'éloignement des deux os maxillaires supérieurs, on peut y obvier en employant le procédé opératoire que j'ai indiqué à l'occasion du raccourcissement de cette portion nasale survenu à la suite d'une opération rhinoplastique.

Dans le cas de bec-de-lièvre, le bout du nez est toujours un peu oblique. Dieffenbach fait observer aussi, que chez presque tous les individus qu'il a vus affectés de cette difformité, la cloison cartilagi-

(1) C'est d'après ce motif que nous avons rectifié dans les deux lithographies ci-jointes, ce que présentaient d'incorrect les deux dessins qui nous ont été remis par M. Marx.

neuse présentait un pli profond, même lorsque sa portion cutanée externe s'unissait en ligne droite avec le rudiment de la lèvre supérieure, ou si les os maxillaires faisant saillie, celle-ci avait été enlevée et la lèvre réunie : « L'opération, dit-il, avait bien exercé une grande influence sur l'extrémité nasale applatie, mais le pli de la cloison cartilagineuse, continuait toujours à être le plus grand obstacle au libre redressement de cette cloison, et l'extrême bout du nez paraissait un peu plat, même après l'opération la plus heureuse. En recherchant la cause de cet affaissement du bout du nez, on trouve que la cloison cartilagineuse forme alors un fort pli, dont la section, jointe à la scission simultanée en long de la cloison cartilagineuse efface sur-le-champ la difformité. »

Dieffenbach procède à cette opération de la manière suivante :

Le malade, assis sur une chaise, la tête appuyée sur la poitrine d'un aide, on saisit entre le pouce et l'indicateur de la main gauche la cloison cutanée qui, dans ces cas, ne repose pas sur le bord inférieur de la cloison cartilagineuse, mais se trouve située sur le côté; on l'y dévie encore davantage, jusqu'à ce que le bord du pli dont il a été question plus haut devienne plus apparent; on plonge alors dans celui-ci la pointe d'un petit bistouri, et on incise toute la cloison obliquement de bas en haut et

d'avant en arrière, jusqu'au commencement de la partie osseuse. Immédiatement après, le bout du nez se redresse de lui-même, élévation qu'on rend encore plus complète pour peu qu'on y aide par une légère traction. Si on abandonnait les parties dans cet état, l'opération ne produirait pas le résultat durable qu'on désire obtenir, parce que les bords de l'incision ne tarderaient point à se réunir, et d'autant plus aisément que la portion cutanée extérieure de la cloison qui n'a point été coupée ne permet pas un facile écartement. Pour empêcher cette réunion d'avoir lieu, Dieffenbach exerce une pression sur les deux côtés du nez, de manière à en faire saillir la pointe, afin que les bords de la plaie faite au cartilage de la cloison, dans l'intérieur du nez, soient éloignés l'un de l'autre de plusieurs lignes. L'inflammation s'empare bientôt des bords de cette section; elle est suivie de suppuration et donne naissance à des bourgeons charnus dont les granulations, au dire de Dieffenbach, remplissent avec le temps l'espace qui existe entre eux.

Cette opération, aussi simple que facile, est réellement d'une grande importance. Un seul coup de bistouri peut suffire pour rectifier à l'instant même la forme du nez, et cela d'une manière frappante. Dieffenbach rapporte avoir employé ce procédé avec succès sur un grand nombre d'individus qu'il a opérés d'un double bec-de-lièvre; il assure que jusqu'à ce moment il ne s'est présenté aucune

circonstance défavorable qui dût l'engager à y renoncer.

La compression qu'on exerce sur les parties latérales et moyennes du nez, afin d'écarter les bords de la section pratiquée à la cloison cartilagineuse, peut être faite de trois manières.

D'après Dieffenbach, le procédé le plus sûr consiste à appliquer sur chaque côté du nez une petite plaque de plomb ou de cuir, percée et disposée comme une attèle : « puis on passe, dit-il, deux à trois longues aiguilles à travers les trous des attèles et du nez compris entre elles; cela fait, on roule en spirale les pointes des aiguilles, ce qui permet de serrer le nez à volonté. Les aiguilles peuvent, sans inconvénient, rester quinze jours ou trois semaines en place. S'il survient une forte inflammation, on relâche un peu les aiguilles, ou, quand il y en a trois, on retire celle du milieu. »

« Une seconde manière de comprimer, plus facile encore à exécuter que la précédente, consiste à prendre une plaque de plomb ovale, large d'un pouce et longue de deux, à la ployer en travers et à l'appliquer comme une selle sur le nez; alors on la ploie encore un peu plus jusqu'à ce que le nez soit assez comprimé. »

Le dernier procédé que je vais exposer paraît inférieur aux deux autres, lorsqu'il s'agit d'un bout de

nez directement tiré en bas par le pli de la cloison : Dieffenbach a cependant mis ce moyen en usage dans différens cas où la cloison, congénialement trop courte, faisait en outre pencher le bout du nez à droite ou à gauche. L'application en paraît des plus faciles : « Elle consiste, dit-il, à introduire dans les narines des tuyaux de plume garnis de charpie. »

Quelqu'ingénieux que puissent être les divers procédés que nous venons de rapporter, pour maintenir redressée l'extrémité nasale, l'opération est si simple par elle-même, que le lecteur comprendra aisément qu'en pareille occurence, l'opérateur peut imaginer d'autres moyens de supports plus corrects et d'une application encore plus facile.

Lorsque après avoir fendu le *septum nasal*, la compression ou la dilatation sont modérées, l'inflammation ne devient pas ordinairement assez vive pour enlever les corps dilatans ou compressifs. Si toutefois l'engorgement inflammatoire menaçait d'acquérir un développement considérable, il faudrait se hâter de retirer tous ces corps étrangers, pratiquer une saignée, appliquer des sangsues et des fomentations émollientes, et combattre l'inflammation d'une manière énergique, afin de pouvoir rappliquer au plus tôt l'appareil contentif dont on aurait été obligé de suspendre momentanément l'indispensable application. Quand au bout de trois ou quatre semaines, la cicatrisation de la cloison

est complète, et dans la disposition convenable pour que le bout du nez conserve le degré de préominence qu'on avait l'intention de lui donner, la cure peut être alors considérée comme radicale. Néanmoins il est convenable, par surcroît de précaution, d'appliquer sur le nez, durant quelques semaines encore, une plaque de plomb courbée, que l'opéré a soin de garder toute la nuit et une partie de la journée, c'est-à-dire lorsque ses affaires ne l'appellent point hors de son logis. Une recommandation qu'il ne faut point oublier de lui faire, c'est qu'il ait toujours soin de se moucher en exerçant sur le nez une traction en avant, plutôt qu'en bas, et de tenir son mouchoir avec la main opposée à l'inclinaison que présentaient la cloison et l'extrémité nasale avant que l'opération fût pratiquée.

Moyen de prolonger la cloison nasale congénialement trop courte, lorsque cette difformité est le résultat d'un bec-de-lièvre compliqué, ou qu'elle n'en est qu'une complication.

Chez les sujets qui sont venus au monde affligés d'un pareil genre de difformité nasale, avec complication de cette variété de bec-de-lièvre, la voûte palatine et les parties molles qui la recouvrent présentent une scissure dont l'écartement est plus ou moins considérable. C'est un vrai défaut de soudure entre

les deux masses, droite et gauche, de la mâchoire supérieure : *l'épine maxillaire* produit alors une double saillie antérieure qui se trouve masquée par un rudiment médian de la lèvre supérieure; cet appendice ou languette, qu'on nomme ordinairement *tubercule labial*, présente la couleur et la texture de la peau à sa face externe, mais sa face interne et ses bords sont revêtus de la membrane muqueuse labiale de couleur rouge très-marquée. Autrefois on retranchait toujours ce tubercule, lambeau cutané, lorsque, pour simplifier la *cheiloraphie* (1), on jugeait convenable d'enlever *l'épine maxillaire;* on pensait que la présence de cette languette labiale, vu son peu de volume, ne pouvait guère contribuer à la réunion de la lèvre supérieure, et par conséquent ne devait être d'aucune utilité. Nous verrons bientôt l'emploi qu'on peut en faire pour prolonger la sous-cloison. Enfin, l'on se bornait, dans tous les cas de cette nature, immédiatement après l'excision que je viens de mentionner, on se bornait, dis-je, à rafraîchir les bords de la division labiale qui constitue le bec de-lièvre, et à en opérer la réunion immédiate au moyen de quelques points de suture entortillée.

Dieffenbach a souvent observé que dans la plupart des cas de cette nature, au raccourcissement

(1) Opération du bec-de-lièvre.

de la cloison se joint presque toujours le pli latéral de la lame cartilagineuse, et par conséquent la déviation du bout du nez, soit à droite, soit à gauche, ainsi que sa dépression vers la bouche.

Voici comment on doit s'y prendre pour allonger la sous-cloison au moyen de l'appendice labial dont il vient d'être question. Il faut d'abord séparer son extrémité postérieure de son insertion à l'épine maxillaire ; on détache aussi son bord supérieur du rebord inférieur de la cloison cartilagineuse, et l'on incise cette dernière de bas en haut dans l'étendue de cinq à six lignes ; une bonne paire de ciseaux droits couviennent parfaitement pour opérer cette dernière section. Cela fait, on retranche, avec des pinces à excision, les parties trop saillantes de l'épine maxillaire, afin de se débarrasser de l'obstacle que présente parfois leur trop de proéminence. Le moment est alors arrivé d'utiliser la languette labiale qu'il ne s'agit que de régulariser, de débarrasser de son repli muqueux postérieur et d'exciser ensuite son sommet, pour la contourner de manière à la réunir au moyen d'un ou de deux points de suture à l'extrémité postérieure de la sous-cloison. Immédiatement après, on passe deux points de suture à travers la cloison cartilagineuse, un peu au-dessus de son bord inférieur; ensuite, on noue ensemble les deux extrémités de chaque fil de suture, l'antérieur au-dessous de la sous-

cloison primitive qu'il maintient relevée, et l'autre au-dessous de la face épidermique de la petite languette qui sert de lambeau; ces fils, qu'on doit serrer modérément afin de ne pas trop gêner le développement inflammatoire des parties, ont pour objet immédiat de faciliter la réunion de la sous-cloison avec le bord inférieur de la cloison cartilagineuse.

L'opération rhinoplastique terminée, reste encore à pratiquer l'opération du bec-de-lièvre compliqué; on y procède en rafraîchissant les bords de la division labiale qu'on rapproche aussitôt au moyen de quelques points de suture entortillée. Quoique cette dernière partie de la méthode opératoire que je viens de décrire, rentre complétement dans l'histoire particulière de ce genre de lésion, qui est trop connu pour que j'en donne les détails, il ne sera pas inutile de rappeler ici quelques-unes des précautions qui peuvent en assurer, ou tout au moins en faciliter la réussite. Après toutes celles que j'ai déjà mentionnées, une très importante consiste à seconder le rapprochement graduel des deux os maxillaires supérieurs, soit au moyen d'un bandage unissant à double pelote, soit à l'aide d'un bandage à ressort, etc. (1). Dix-huit jours de ces dispositions

(1) M. Gensoul a renchéri sur l'emploi de ce moyen, chez un enfant de treize ans, où le tubercule osseux (épine maxillaire) présentait en

préparatoires ont suffi à Dessault pour rapprocher complètement les parties osseuses et les placer parfaitement de niveau. L'emploi de ce moyen est trop simple pour qu'il soit nécessaire de le rapporter avec plus de détails.

Peut-être serait-il plus avantageux, ou du moins plus sûr, de procéder d'abord à la restauration de la sous-cloison, et de n'opérer le bec-de-lièvre qu'après la guérison de la difformité nasale; mais si l'opération en deux temps offre l'avantage de diminuer l'état inflammatoire des parties et l'action nuisible qu'elles peuvent exercer l'une sur l'autre, il est néanmoins très important de considérer que rien ne peut nous répondre que le malade, guéri de sa première opération, ait le courage de subir la seconde qui en est cependant le complément indispensable. Je pense donc qu'il vaut mieux, en redoublant de soins et d'attention, terminer cet épreuve de douleurs en une seule séance, que de s'exposer à un demi-résultat qui serait toujours considéré comme un véritable insuccès. Mon expérience, et celle de presque tous mes confrères, m'a démontré qu'il ne faut pas toujours se fier aux promesses de courage que peuvent nous faire la

avant son bord alvéolaire. Ce praticien le saisit avec de fortes pinces, comme pour le rompre et le ramener de vive force à la direction perpendiculaire. Cette tentative hasardeuse réussit parfaitement.

plupart des opérés ; le bistouri est un instrument trop redoutable pour qu'on puisse se familiariser avec lui. J'ai connu tel malade qui, après avoir supporté avec courage une opération grave et douloureuse telle qu'une rhinoplastie complète ou la résection d'une portion cariée de l'omoplate, faisait beaucoup de difficultés pour se laisser exciser un bourgeon charnu et quelquefois même pour une simple saignée au bras.

Mais revenons à notre sujet principal. Les soins à donner à l'opéré sont absolument ceux dont nous avons fait mention pour les opérations précédentes. Il convient seulement de faire remarquer qu'on ne doit retirer les points de suture qui supportent la sous-cloison qu'au bout de sept ou huit jours, c'est-à-dire après son entière cicatrisation. On conçoit qu'il n'y a aucun inconvénient à ce retard, parce que les fils ne traversent que la cloison cartilagineuse, qui peut, sans danger d'être déchirée, supporter leur effort de traction durant une semaine et plus. Pour ce qui est de la section longitudinale de ce cartilage, comme il importe de prévenir la réunion immédiate, il ne s'agit, comme dans l'un des cas précédens, que d'introduire et de maintenir, dans chaque narine, un tampon de charpie, ou autre corps dilatant, oblong d'avant en arrière, et qui conserve le bout du nez dans sa proéminence naturelle.

Tous ces petits détails paraîtront insignifians à ceux qui ne désirent connaître que l'historique et l'ensemble de ce genre d'opération, mais ils paraîtront réellement utiles et dignes d'être pris en considération à ceux qui voudront se livrer à des essais rhinoplastiques. Certes, la vie d'aucun opéré ne peut dépendre de l'oubli de quelqu'une des règles que je viens de tracer; néanmoins, il ne faut pourtant pas perdre de vue que lorsqu'on cherche à faire disparaître une difformité nasale, il n'est pas indifférent qu'un individu acquière une cloison nasales de cinq ligne de longueur et une chute de nez naturelle, ou qu'il reste avec la pointe du nez bridée de haut en bas, et presque appliquée sur la lèvre supérieure comme dans le cas où la cloison ne conserve qu'une ou deux lignes d'étendue.

Il ne me reste maintenant à m'occuper que de certaines déviations nasales provenant d'un excès de prolongement ou de développement de la cloison, qui se trouve alors inclinée du même côté où la pointe du nez est déviée, ce qui est cause qu'elle bouche presque entièrement la narine correspondante. Je dirai ensuite quelques mots de la difformité nasale produite par une trop grande largeur de la sous-cloison.

Le premier cas est aussi fréquent que le second est rare. On peut en effet considérer le trop grand

développement de la cloison cartilagineuse comme une des causes assez ordinaires des *nez tortus*. J'en ai observé un très-grand nombre, dont l'extrême déviation, à adroite ou à gauche, avait eu, pour premier point de départ, un prolongement trop considérable du *septum nasal*. Ce n'est point qu'il n'y ait aussi beaucoup de nez légèrement inclinés à droite, vicieuse disposition qui n'est due qu'à l'habitude que l'on a de se moucher exclusivement de la main droite, *et vice versâ* pour les gauchers; mais mon intention est de ne mentionner en ce moment que les déviations latérales extrêmement marquées produites par le développement supernormal que je viens de signaler. Une personne que j'ai soignée pendant très-long-temps m'ayant offert un exemple très-marqué de ce genre de déviation nasale; son état et celui de beaucoup d'autres individus que j'ai vus dans la même disposition, m'ont procuré l'occasion de prendre des notions positives sur cette singulière déviation du nez. Voici quel a été le résultat de mes observations à cet égard : 1° la cloison est convexe d'un côté, et oblitère la narine correspondante à ce même côté au point de boucher le passage de l'air, tandis que de l'autre elle est concave et donne lieu à une ouverture de narine arrondie, plus grande que dans l'état naturel; 2° la sous-cloison peut être facilement ramenée vers la ligne médiane et l'on voit, sous la muqueuse nasale, se dessiner une ligne arquée un peu blanchâtre, qui n'est autre chose

que le bord inférieur de la lame cartilagineuse ; 3° les os carrés du nez n'ayant pu, à cause de la solidité de leur engrenage, se dévier de la ligne médiane pour suivre la direction latérale du lobe nasal, il advient que l'extrémité inférieure de l'os carré, qui est situé au côté opposé de la déviation, fait une saillie assez marquée qui parfois est très-proéminente, ce qui est assez disgracieux à voir.

M. Boyer prétend que la portion cartilagineuse de la cloison des fosses nasales est quelquefois portée à droite ou à gauche, non-seulement chez les personnes qui ont le nez de travers, mais encore chez d'autres dont le nez a une bonne direction. « La convexité de la cloison, ajoute-t-il, a été prise quelquefois par des personnes peu instruites ou inattentives pour un polype : *L'art ne peut rien contre cette légère et insignifiante difformité.* » Les opinions que ce célèbre praticien a émises sur ce point de chirurgie *prothétique*, se ressentent d'un défaut de connaissances spéciales. En effet, il existe deux espèces de déviations de la cloison nasale : celle qui provient d'un excès de développement de cette partie, et celle qui est le simple résultat du refoulement continuel de cette lame cartilagineuse par suite de l'introduction habituelle du bout du doigt dans l'une des narines. Dans le premier cas, l'inclinaison du nez à droite ou à gauche en est le résultat inévitable, tandis qu'elle n'a pas toujours lieu

dans le second cas. Le même mode de traitement pourrait être également applicable à ces deux difformités; mais la dernière est trop peu importante, pour qu'il soit nécessaire d'y remédier par une opération sanglante. C'est probablement celle-là que M. Boyer a eu l'intention de mentionner.

Les chirurgiens qui se sont occupés des moyens de ramener le nez dans sa ligne médiane, n'ayant pas considéré cette disposition anormale de la cloison nasale comme cause première de la difformité, ont proposé l'application de différens bandages, dont un, entre autres, porte le nom de *nez tortu*, à cause de son emploi spécial aux cas de ce genre. On comprend facilement que ce moyen, ainsi que tous ceux qu'on emprunterait au mécanisme le plus ingénieux, ne peuvent jamais remédier au mal, puisqu'ils ne combattent que l'effet sans obvier à la cause. C'est donc sur la cloison elle-même qu'il convient d'agir pour remédier avec succès à la déviation nasale, lorsque cette difformité n'est pas le résultat d'une lésion traumatique et qu'on s'est bien assuré qu'elle ne provient que du trop grand développement de sa lame cartilagineuse.

L'opération est facile à comprendre et d'une exécution aussi simple que rapide.

On saisit la sous-cloison entre le doigt indica-

teur et le pouce de la main gauche, si la déviation a lieu de ce côté, *et vice versâ;* la main droite tenant alors un bistouri pointu et à lame droite, on sépare le bord inférieur du cartilage d'avec le bord supérieur de la sous-cloison ; on fait pénétrer au travers de cette boutonnière l'extrémité d'une lame de ciseaux droits, dont la pointe doit être dirigée vers le haut de la narine opposée, tandis que l'autre reste dans la narine par laquelle a commencé l'introduction de cet instrument. Cela fait, on pratique sur la cloison cartilagineuse deux sections obliques de bas en haut, qui se réunissent à leur sommet, tandis qu'elles restent séparées à leur base par deux lignes, ce qui donne lieu à une excision triangulaire très-aiguë d'à peu près un demi-pouce de longueur. On retire aussitôt les ciseaux et la partie retranchée; on favorise l'écoulement, afin de diminuer le développement inflammatoire qui ne peut tarder à survenir, et l'on se borne à faire renifler au malade une décoction de racine de guimauve ou de tout autre substance émolliente. La cicatrisation ne tarde pas à s'établir, les deux bords de la section se rapprochent, la cloison se redresse et l'extrémité du nez tend alors à reprendre la ligne médiane. C'est alors le moment favorable d'appliquer le bandage *nez tortu* (1). Son emploi ne peut que secon-

(1) Le bandage *nez tortu* se fait avec une bande longue de six aunes, large d'un travers de doigt et roulée en un globe; on porte le chef de la bande à la partie supérieure de la tête, on l'y fixe par deux ou trois

der les bons résultats de l'opération. Il convient aussi d'introduire un tampon de charpie dans la narine où correspond la convexité de la cloison; la présence de ce corps étranger a pour objet de repousser les deux bords de la section vers la ligne moyenne et de régulariser leur cicatrisation.

La trop grande largeur de la sous-cloison nasale est une difformité congéniale très-rare; elle survient à la suite d'une opération rhinoplastique dans les cas où l'appendice, destiné à former la sous-cloison, ne s'est point cicatrisé dans les dispositions convenables.

On conçoit, en effet, que cette portion du lambeau, large d'un demi-pouce et quelquefois plus,

circulaires; on dirige alors la bande d'arrière en avant, en passant sous l'oreille, sur la joue, la lèvre supérieure et sous le nez; on relève ensuite la bande du côté où le nez se déjette, pour faire un renversé qui embrasse le lobe nasal; on passe sur les os propres du nez, sur le front, le pariétal opposé, la suture lambdoïde, et l'on fait à la partie supérieure de l'occipital un demi-tour de circulaire et l'on revient sur le pariétal opposé, sur le front, la racine du nez; on croise le premier renversé et l'on passe ensuite de l'autre côté du nez en serrant faiblement; on passe ensuite sous le nez, sous l'oreille, la nuque, et on revient sous l'oreille opposée, sur le crâne et sous le nez, où on fait un second renversé comme la première fois; on passe sur le pariétal opposé pour gagner la nuque, revenir au-dessus de l'oreille pour descendre obliquement sur la joue et porter la bande sur les cartilages du nez, après avoir mis des compresses graduées qui doivent excéder la hauteur du nez; on conduit ensuite la bande sur la lèvre, sous l'oreille et à la nuque pour terminer par des circulaires autour de la tête.

n'étant pas relevée ni suffisamment assujétie latéralement pour qu'il y ait adhérence mutuelle entre les deux côtés de sa face saignante, la cicatrisation s'opère presque dans un plan uniforme et aplati. Cette circonstance ne peut avoir lieu que lorsqu'on n'observe point les principes rationnels que j'ai émis relativement à cette partie de l'opération.

Cette trop grande extension latérale de la sous-cloison donne un aspect désagréable au nez, et gêne considérablement le passage de l'air, ainsi que l'excrétion des mucosités nasales. La respiration ne pouvant s'effectuer librement que par la bouche, cette ouverture doit toujours rester entr'ouverte, surtout pendant la marche, ce qui ne laisse pas que d'être incommode et donne lieu à une sécheresse habituelle de la gorge.

Il existe deux manières de procéder à l'opération qui peut remédier à ce genre de difformité, suivant qu'elle est congéniale ou acquise.

Dans le premier cas, la sous-cloison est de figure naturelle, arrondie à droite et à gauche, mais seulement trop large au centre, et par conséquent trop charnue. L'opération qu'il convient de pratiquer dans une pareille circonstance, consiste dans une excision d'un lambeau elliptique plus ou moins étroit, s'étendant depuis l'extrémité postérieure de la sous-cloison jusqu'au bout du nez. Pour bien

exécuter ce temps opératoire, il faut se servir d'un petit bistouri pareil à celui de Wenzel; on le tient comme une plume à écrire, afin d'avoir plus de facilité à pratiquer deux incisions semi-elliptiques d'avant en arrière, qui, étant réunies à leurs deux extrémités, constituent une ellipse allongée située dans la partie centrale et longitudinale de la sous-cloison.

Aussitôt après avoir retranché cette portion tégumentaire, on réunit les deux bords de la plaie au moyen d'un ou deux points de suture entrecoupée. On pourrait à la rigueur se borner à l'emploi d'une feuille de plomb doublée, qui, embrassant la sous-cloison, maintiendrait les parties rapprochées. Afin de rendre l'action de ce moyen plus sûre ou du moins plus prompte, il conviendrait de placer un petit tampon de charpie dans chaque ouverture de narine, ce qui soutiendrait l'effet compressif de la feuille de plomb.

Lorsque la trop grande largeur de la sous-cloison est le résultat d'une cicatrisation défectueuse de l'appendice destiné à la former, c'est-à-dire d'un défaut de soudure mutuelle entre les parties latérales de sa face supérieure interne, surtout vers le centre, cette imperfection de la sous-cloison peut être corrigée de deux manières, soit par le procédé que j'ai indiqué pour le cas précédent, soit en y remédiant de la manière suivante :

On marque avec de l'encre, à droite et à gauche, les portions excédantes de la sous-cloison que l'on veut enlever, et on les excise des bords de cette dernière, soit avec une paire de ciseaux courbes sur leur plat, ou bien avec un petit bistouri droit et boutonné. Après quoi on facilite l'écoulement du sang en faisant renifler de l'eau tiède. On introduit ensuite deux petits tampons de charpie dans chaque narine, et l'on termine le traitement par de légères cautérisations avec le nitrate d'argent.

Je termine ici tout ce qui est relatif aux difformités générales ou partielles du nez qui sont du ressort de la rhinoplastie. Ce sujet, quoique longuement traité, est cependant loin d'être épuisé. Il me reste, pour compléter mon travail, à tracer les règles générales qui doivent diriger l'opérateur dans ce genre d'opération qui offre tant d'intérêt, et dont les beaux résultats ont quelque chose de vraiment étonnant. Ainsi que je l'ai promis, j'entrerai ensuite dans quelques considérations sur l'application de son principe à un grand nombre d'autres cas de pathologie externe.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

DES RÈGLES DE LA RHINOPLASTIE,

Il existe une telle corrélation de principes entre chaque méthode rhinoplastique et les procédés opératoires qui s'y rapportent, qu'il faut les connaître tous avant d'entreprendre le moindre essai de ce genre.

On ne saurait disconvenir que la rhinoplastie est une opération chirurgicale des plus difficiles, qui exige non-seulement des connaissances spéciales sur cette matière, mais encore une habileté manuelle et un coup d'œil aussi correct que possible. Il faut réunir aussi à ces qualités indispensables, une patience à toute épreuve et une conviction profonde de l'utilité de ce mode opératoire. Le malade est toujours sous l'influence directe de la disposition morale du médecin dont il réclame les soins, comment ce dernier pourrait-il lui inspirer la confiance nécessaire pour subir les douleurs d'une opération rhinoplastique, si lui-même éprouve du doute et de l'hésitation.

Mon intention n'est point de reproduire ici les règles spéciales qui se rapportent aux nombreuses méthodes et procédés opératoires de la rhinoplastie ; je vais seulement résumer, sous forme de sommaire, celles dont l'opérateur ne doit s'écarter que le moins possible dans toutes les entreprises de ce genre.

Avant l'opération.

1° S'assurer si la difformité est congéniale, accidentelle, ou si elle est le résultat d'un virus siphilitique, scrophuleux ou autre. Dans les deux premières circonstances, la rhinoplastie peut être pratiquée avec espoir de succès; dans la troisième, on ne doit pas tenter cette opération, à moins d'avoir acquis la certitude de la guérison complète de la maladie qui a été la cause de la destruction nasale.

2° L'opération rhinoplastique décidée, le chirurgien doit modifier les préparatifs de sa méthode et de son procédé, suivant que la difformité est ancienne, ou qu'elle vient d'être produite par une lésion traumatique, telle qu'un violent coup de sabre et surtout un coup de feu; il en serait de même si elle était le résultat d'une inflammation gangréneuse dont les ravages n'étant point encore bornés, ne pourraient être complètement précisés. Dans le premier cas, on peut à l'instant même procéder aux préliminaires de l'opération, tandis que, dans le second, il faut d'abord simplifier la plaie, si elle est accompagnée de fracture et de fortes dilacérations. On ne doit donc pratiquer l'opération, qu'après avoir acquis la certitude de l'étendue de la déperdition ultérieure que les parties doivent éprouver par suite de l'accident primitif.

3° L'opération rhinoplastique arrêtée, on doit, quelle que soit la méthode ou le procédé dont

on a fait choix, commencer par mouler avec une feuille de cire la forme du nez qu'il s'agit de rétablir en totalité, ou la portion de cet organe qu'on se propose de restaurer. Lorsqu'après bien des tâtonnemens on est parvenu à modeler aussi exactement que possible la portion d'organe qu'on a l'intention de refaire, il faut alors étendre ce patron sur une feuille de papier, pour en dessiner les contours avec beaucoup d'exactitude; on taille ensuite sur le tracé; on étudie avec soin la figure que représente la découpure, et l'on essaie de l'ajuster sur l'emplacement que doit ocuper le nez qu'on doit raccoutrer. Comme, dans la plupart des cas, les contours du lambeau sont irréguliers, surtout vers son extrémité libre, il serait utile, afin de simplifier l'opération et de la rendre moins douloureuse, de prolonger en delà du tracé du lambeau deux lignes obliques, qui, se rapprochant supérieurement vers la ligne médiane pour s'y rencontrer dans un angle aigu, procureraient l'avantage d'une cicatrisation plus facile et de forme linéaire. Il s'agirait ensuite, aussitôt que le lambeau serait détaché, d'en retrancher la portion qui dépasserait le véritable tracé de la forme qu'il est nécessaire de lui donner. Si, au lieu de former une plaie elliptique terminée à angle aigu, on lui laissait le contour plus ou moins arrondi ou quadrilatère que présente en général le patron vers sa base, la cicatrice circulaire qui s'ensuivrait déterminerait une *corrugation* circulaire de la peau très désagréable à voir.

4° Afin d'éviter le rapprochement des sourcils, résultat inévitable à la suite de la rhinoplastie par la méthode indienne, ce qui donne à la face une expression sévère et par conséquent très disgracieuse chez une jeune femme, M. Delpech a proposé et mis en pratique le procédé suivant :

« Nous avons, dit-il, institué et suivi avec exactitude et succès, comme précepte que nous croyons fait pour devenir classique, de terminer la section du lambeau par deux lignes qui dessinent son pédicule, en s'écartant légèrement entre elles, coupant les sourcils à cinq lignes de leur extrémité nasale, et descendant au-dessous jusqu dans une partie de l'orbite. Il n'est pas nécessaire que ces deux sections soient à une aussi grande distance entre elles, dans toute la longueur du pédicule, à quelques lignes au-dessus des sourcils (10 à 12), et peuvent être encore plus rapprochées; c'est là véritablement le pédicule; mais ce dernier doit avoir ensuite un évasement, et celui-ci doit s'étendre au-dessous des sourcils; en rapprochant les deux lignes plus haut, on peut, on doit même y couper les artères angulaires; mais à cette hauteur, elles ont déjà fourni plus bas un nombre de rameaux en dedans; ces rameaux sont mis à profit par la divergence subséquente des incisions, parce qu'elles sont portées plus en dehors que les deux artères. Mais le rapprochement des deux incisions supérieurement, prépare des facilités pour la coaptation des bords; facilités importantes pour le point de la plaie du front situé im-

médiatement au-dessus, et auquel correspond la plus grande perte de substance dans le sens horizontal. Quant au nouvel écartement des deux incisions, vers les sourcils qu'elles divisent, là doit être interposé l'excédent du pédicule. Les sourcils n'éprouvent pas alors de rapprochement hideux, et les cicatrices linéaires sont d'autant mieux dissimulées, qu'elles passent au milieu des sourcils mêmes. »

Pour bien comprendre cette disposition particulière du pédicule, on n'a qu'à examiner avec soin les quatre dessins qui représentent un de ses opérés; le premier, lorsque le lambeau n'est que tracé sur le front et entre les sourcils; le deuxième, fait voir la forme et la disposition de ce lambeau, immédiatement après qu'il a été détaché du front; le troisième, la manière dont le lambeau a été appliqué sur l'emplacement nasal, après avoir toutefois excisé les trois prolongemens triangulaires aigus correspondans à la sous-cloison et aux deux ailes du nez : le quatrième est le portrait de l'individu parfaitement guéri. Toutes ces dispositions deviennent inutiles lorsqu'on adopte pour principe de donner une disposition oblique au pédicule, afin d'en éviter la section. Quant à ces trois pointes supérieures, espèce de trident que présente supérieurement le lambeau, elles ont pour objet, ainsi que nous l'avons précédemment indiqué, de faciliter la réunion immédiate de la plaie frontale au moyen de nombreux points de suture. Ce procédé

n'a pas été adopté par les praticiens, parce qu'il n'offre point tous les avantages pratiques que promet l'auteur. En effet, il est difficile de rapprocher complètement les bords des trois petites plaies angulaires qu'on obtient par ce moyen, et d'autre part, comme le fait judicieusement observer M. Blandin, chacun des prolongemens du lambeau, ayant moins de vitalité que le lambeau ordinaire, la gangrène y est bien plus imminente. Il me semble que la forme simplement elliptique que je donne dans cette circonstance à toute l'étendue de la plaie du front, est beaucoup plus simple, moins douloureuse, tout aussi sûre et par conséquent préférable.

5° Viennent ensuite les essais sur le cadavre. On doit en choisir un qui soit à peu près de l'âge de la personne qu'on doit opérer, et dont la forme de figure, relativement à l'étendue et à l'embonpoint, s'en rapproche le plus possible. On simule alors la difformité nasale, en retranchant au cadavre la totalité ou la portion de nez qui manque au *rhitnomète*, et l'on pratique ensuite une rhinoplastie préparatoire en ne négligeant aucun des principes que nous avons établis pour cette opération.

Cet essai de rhinoplastie doit être renouvelé un nombre de fois suffisant, pour que le chirurgien parvienne à s'identifier avec l'opération qu'il est dans l'intention de pratiquer sur le vivant. Toutefois, il convient de faire remarquer que sur le

cadavre le lambeau cutané se rétractant beaucoup moins que chez l'homme vivant, il n'est presque pas nécessaire de lui donner une étendue pareille à celle que nous avons indiquée dans le cas d'opération réelle.

6° Toutes ces dispositions préparatoires étant bien prises, il reste encore à s'assurer de l'état actuel de la santé du malade. Il est urgent qu'il ne soit pas enrhumé, afin d'éviter les inconvéniens de la toux et de l'éternuement dont les secousses pourraient être très nuisibles; il faut aussi qu'il ne soit pas atteint d'une diarrhée qui l'obligerait à sortir fréquemment de son lit; il convient enfin de placer le malade dans toutes les conditions les plus favorables aux succès de l'opération. — Outre ces précautions, il ne faut pas négliger celle de tenir préparés à l'avance tous les instrumens et pièces d'appareil que nous avons mentionnés dans les articles précédens. Mieux vaudrait en avoir un double de chacun, que de s'exposer à prolonger l'opération par le manque d'un objet nécessaire et parfois même indispensable.

7° Il est important de tracer le modèle du lambeau avec de l'encre qui ait du mordant, ou mieux encore avec un pinceau à miniature trempé dans une solution de nitrate d'argent, afin que l'écoulement du sang, ou l'humidité des doigts ne puissent effacer l'empreinte, ce qui pourrait rendre la dissection moins correcte. Le tracé du lambeau

doit toujours être un quart plus grand que l'emplacement qu'il est destiné à recouvrir.

8° Quel que soit le courage que l'on suppose à la personne qu'on doit opérer, il est néanmoins plus prudent de la faire maintenir par des aides vigoureux et intelligens qui puissent réprimer tout mouvement un peu trop brusque.

Durant l'opération.

1° Lorsque le pourtour de la difformité nasale présente une irrégularité de cicatrice susceptible de nuire à la réussite de l'opération, il faut tacher de régulariser ces parties au moyen d'incisions ou d'excisions convenablement dirigées.

2° La section et la dissection du lambeau doivent être faites de bas en haut afin que l'écoulement du sang ne cache point les lignes du tracé, ce qui augmenterait les difficultés de l'opération.

3° L'écoulement du sang est plutôt avantageux que nuisible : il vaut mieux le faciliter que de le supprimer brusquement ; si une artériole incisée donnait lieu à une hémorragie trop abondante, la torsion de ce vaisseau serait plus convenable que l'emploi de la ligature. La présence du nœud de fil placé entre les deux lèvres de la plaie ne pourrait que nuire à leur prompte cicatrisation.

4° La rétraction du lambeau continuant à se faire, durant les premiers jours qui suivent l'opé-

ration il est essentiel qu'au moment où elle vient d'être pratiquée, le nez paraisse un peu plus gros et sa pointe un peu plus prolongée que dans l'état normal.

5° La suture entrecoupée est généralement préférable à la suture entortillée ; cette dernière est presque inapplicable pour fixer les ailerons du nouveau nez. Elle est au contraire préférable à la première dans le cas de restauration de la sous-cloison nasale, en empruntant le lambeau à la lèvre supérieure.

6° Il faut peu compter sur l'utilité des petites canules que l'on place à l'ouverture des nouvelles narines, dans l'intention de ne point interrompre momentanément la respiration nasale, comme cela aurait inévitablement lieu, si l'on se bornait à l'emploi de petits tampons de charpie ou autres corps dilatans. Quel que soit le calibre de ces canules, le sang et le pus ne tardent point à les obstruer. En général il est plus utile de les remplacer d'abord par de la charpie et plus tard par deux morceaux de cire ou de blanc de baleine, de forme triangulaire un peu aplatie, ayant le sommet dirigé en avant et la base en arrière, dans le sens naturel de l'ouverture des narines.

7° En général il ne faut rapprocher que très modérément les bords de la plaie produite par l'extraction du lambeau ; leur réunion par première intention étant presque impossible à obtenir, un fort tiraillement de ces parties ne peut qu'aug-

menter l'intensité de l'inflammation qui doit suivre l'opération. Il convient aussi de ne pas surcharger *le nouveau nez* d'une grande quantité de charpie, parce que la chaleur trop concentrée sur cette partie y provoquerait une congestion et une stase sanguine : mieux vaudrait, peut-être, laisser le lambeau greffé à découvert, si la saison était assez chaude ou la température de l'appartement assez élevée pour qu'on n'eût pas à craindre l'action du froid sur des plaies récentes. Dans la plupart des cas, on peut se borner à soutenir latéralement le nez avec de la charpie ou des petites compresses graduées, et à recouvrir le nez d'une simple compresse de toile fine. Les opérations rhinoplastiques étant aussi nombreuses que variées, on concevra aisément qu'on ne puisse préciser d'une manière générale, l'option de tel genre d'appareil, à l'exclusion de tout autre.

8° Le chirurgien ne doit jamais négliger de suspendre plusieurs fois son opération, afin de permettre à l'opéré de cracher le sang qui coule dans son arrière-gorge: le malade réclame toujours cette permission avec instance; si l'opérateur n'était pas assez attentif pour se rendre à ses désirs, il pourrait survenir une forte quinte de toux, que chaque nouvelle goutte de sang peut renouveler, et dont les secousses réitérées augmenteraient les difficultés de l'opération.

9° Dans un cas de rhinoplastie très difficile, il est convenable d'attacher les pieds et les ge-

noux du malade, au moyen de deux mouchoirs ; cette disposition permet de placer les jambes de l'opéré entre celles de l'opérateur, ce qui rend le manuel opératoire plus facile et beaucoup plus assuré. Sans établir en principe l'emploi d'un pareil moyen de contention, je laisse aux praticiens le soin de juger l'utilité de son application, lorsque le malade est jeune ou indocile, et que les aides ne peuvent maîtriser complètement le mouvement de ses pieds et de ses genoux.

10° Les opérations rhinoplastiques n'étant que douloureuses et nullement dangereuses, l'opérateur doit bien se convaincre qu'il vaut mieux en prolonger la durée, afin d'établir des rapports bien exacts entre les parties greffées. Il est aussi très important de terminer l'ensemble et tous les détails de l'opération dans une séance, pour ne pas recourir à une seconde épreuve de douleurs, à laquelle les malades pourraient refuser de se soumettre.

Après l'opération.

1° Il est important que l'opéré soit placé à demi assis dans son lit, la tête soutenue à droite et à gauche ; que l'appartement soit peu éclairé et que la température soit modérée. L'action du froid pourrait donner lieu à un état de torpeur du lambeau ; une trop grande chaleur faciliterait la congestion sanguine vers la tête, ce qui augmenterait l'en-

gorgement inflammatoire de parties opérées. Un élève intelligent et très attentif doit veiller constamment au moindre mouvement du malade, afin de prévenir les fâcheux résultats d'une mauvaise position qu'il pourrait prendre durant le sommeil.

2° Le silence, le repos et la diète, sont trois conditions indispensables qu'il faut imposer au malade pendant les premiers jours qui suivent l'opération; il faut même le contraindre à ne boire la tisanne ou la bouillie très claire qu'on lui permet, qu'au moyen d'un chalumeau, dont l'emploi ne nécessite aucun mouvement de déplacement. L'opéré ne pouvant respirer librement que par la bouche, sa langue est habituellement sèche, ce qui le met dans l'obligation de l'humecter fréquemment.

3° On surveillera avec attention le développement inflammatoire des parties opérées; si leur engorgement devenait considérable, il faudrait se hâter de pratiquer une saignée qu'on renouvellerait peu de temps après, dans le cas où l'inflammation ne céderait pas assez promptement. Toutefois, il est essentiel de faire remarquer, qu'il ne faut point extraire une grande quantité de sang à la fois, dans la crainte que la syncope n'occasione des désordres plus considérables que ceux auxquels on veut remédier.

4° Après la saignée générale, des sangsues peuvent être très avantageuses pour dégorger quelques points isolés du lambeau, qui présenteraient une

sur-excitation inflammatoire trop marquée. La prudence exige d'empêcher qu'elles prennent sur la partie greffée ; il faut toutefois qu'elles soient appliquées le plus près possible du mal. On facilitera ensuite l'écoulement des piqûres en les humectant avec un pinceau trempé dans de l'eau tiède. Un pédiluve chaud et sinapisé pourrait offrir quelque avantage, immédiatement après cette saignée locale.

5° Si l'opéré était d'une constitution scrophuleuse, sujet comme on le dit vulgairement aux humeurs, s'il était disposé aux affections dartreuses, aux irritations super-sécrétoires de la peau, de quelque nature qu'elles pussent être, il serait important, aussitôt après avoir combattu l'état inflammatoire des parties, de faire placer un large vésicatoire aux deux bras, afin d'opérer une révulsion suppuratoire qui faciliterait la cicatrisation du nez greffé.

6° Lorsqu'après avoir employé les moyens les plus convenables, l'engorgement inflammatoire, ne cédant pas assez promptement, menace de faire déchirer quelques-unes des parties qui sont traversées par les points de suture, il faut se hâter d'appliquer immédiatement au-dessus et au-dessous des points de suture qui paraissent trop serrés, une petite bandelette de taffetas d'Angleterre, large de deux lignes, longue d'un pouce environ. Aussitôt qu'elles sont bien collées sur la partie latérale du lambeau et sur le côté correspondant

de la face, on coupe le fil de la suture, ayant soin de laisser le nœud du côté de la joue, afin que l'extraction de ce corps étranger puisse se faire dans cette direction, ce qui n'expose point à exercer sur le lambeau des tractions susceptibles de déchirer un commencement de cicatrice.

7° Dans le cas où la sous-cloison se déjetterait à droite ou à gauche, il n'y aurait, pour y remédier, qu'à placer dans l'ouverture de la narine correspondant à la déviation, un tampon de charpie plus épais et plus prolongé d'avant en arrière que ne l'était celui qu'on aurait primitivement employé, et *vice versâ* pour l'autre narine. Quant à la disposition que présenterait le nez à se dévier, tantôt à droite, tantôt à gauche, il faudrait toujours y mettre obstacle, en le maintenant constamment dans la ligne médiane jusqu'à complète cicatrisation. Il est inutile de revenir sur l'emploi des moyens que j'ai précédemment indiqués pour obtenir ce résultat.

8° Nous devons établir en règle générale que le premier pansement ne doit pas être fait avant le troisième jour. Mais, dès l'instant où la cicatrisation tend à se consolider, on ne saurait trop fréquemment examiner, toucher, soutenir, remanier la forme du nez, afin d'obvier le plus possible à toutes les déviations qu'il est disposé à prendre. Il faut surtout avoir présent à la mémoire, que le lambeau greffé est toujours disposé à s'éloigner du côté où il a subi la torsion.

Est-ce le simple effet de l'élasticité des fibres du pédicule repliées sur elles-mêmes, ou bien est-ce le résultat d'une propension naturelle qu'éprouve la portion tégumentaire greffée à se rapprocher du lieu dont elle a été séparée? La première de ces deux explications me paraît la plus raisonnable.

9° Après l'opération de rhinoplastie la mieux pratiquée et le plus heureusement réussie, lors même que le succès paraît complet et que le nouveau nez remplit parfaitement toutes les conditions de l'ancien, il est encore certaines précautions à prendre que le malade ne doit jamais négliger. Telles sont entre autres, les soins d'une propreté extrême ; l'attention de ne point s'exposer à un froid rigoureux sans se garantir le mieux possible de l'état de torpeur qu'un air glacial pourrait déterminer sur le lambeau greffé ; de se moucher avec quelques ménagemens, tantôt de la main droite et tantôt de la gauche, afin de prévenir la déviation du nez ; d'éviter plus soigneusement qu'auparavant, les coups, les chutes et les accidens de toute nature, sur le *simulacre nasal* dont il aura été *gratifié* ; enfin il convient, sur toutes choses, que le *rhinoplastié* ait la précaution de maintenir chaque nuit les ouvertures des narines dilatées, au moyen d'un tampon solide et d'une forme convenablement disposée pour cet objet : il n'aurait pour cela qu'à s'en procurer en gomme élastique creusés à leur centre et présentant deux ouvertures qui permettraient de respirer li-

brement par le nez. Cette action dilatante renouvelée chaque vingt-quatre heures est d'autant plus nécessaire, que le lambeau nasal tend naturellement à s'arrondir, et que les ouvertures des narines ont une disposition continuelle à s'oblitérer.

ESSAI COMPARATIF

De la méthode italienne et de la méthode indienne.

En ne considérant chacune de ces méthodes que sous le point de vue de la partie du corps qui doit fournir le lambeau, nul doute que la méthode italienne devrait toujours avoir la préférence sur l'autre, parce que la cicatrice du bras, de l'avant-bras ou de la main, ne saurait constituer une véritable difformité, comme cela a lieu sur le front, lorsqu'on ne met pas en pratique le moyen assuré de donner à la plaie de cette région une disposition convenable pour obtenir une cicatrisation *linéaire.* Pour si minime que cette dernière puisse être, on devrait néanmoins abandonner cette méthode, si, à l'avantage de ne point altérer la peau du front, l'autre présentait en outre autant de chances de succès; malheureusement l'expérience des faits a démontré le contraire. Les tentatives modernes de l'opération Tagliaccozienne, entreprises en France, en Angleterre, en

Allemagne et très récemment encore en Italie, n'ont pas répondu à l'attente des chirurgiens distingués qui en ont fait l'essai : en conclure que la méthode ne vaut rien, et traiter d'absurde et de mensongers, les nombreux faits de guérisons rapportés par Tagliacozzi et ses partisans, serait peut-être aventurer un jugement par trop sévère, que des travaux ultérieurs, plus heureux et mieux dirigés, pourraient démentir, comme l'espérait le célèbre professeur Delpech. Cette méthode renouvelée du moyen-âge, pour si perfectionnée qu'elle puisse être par les immenses progrès qu'a faits la chirurgie depuis cette époque, ne saurait jamais être dépouillée du grand inconvénient d'une position très gênante, et de la possibilité de former un opercule nasal, qui, malgré les dénégations de Dieffenbach, pourrait se couvrir, chez l'homme, d'une couche de poils à peu près pareille à celle qui recouvre le bras, surtout chez les personnes qui sont très velues. On peut cependant, ainsi que nous l'avons indiqué, y habituer le malade longtemps à l'avance, et finir par l'accoutumer à garder, sans beaucoup de gêne ni de douleur, l'appareil propre à maintenir le bras et la tête dans le degré de rapprochement convenable, et durant un temps approximativement plus long, que ne semble devoir le nécessiter la greffe du lambeau réparateur, qu'on veut transporter d'un point quelconque du membre supérieur sur l'emplacement nasal.

Le nombre de jours qu'il faut laisser écouler

avant la section du pédicule du lambeau, ne peut être déterminé que d'après les signes de vitalité qu'il donne, ce qui varie suivant l'âge, les tempéramens, et un nombre infini de circonstances accessoires. Le terme moyen pourrait être établi du huitième ou douzième jour. Mais, je le répète encore, rien de positif à cet égard. Toutefois, il est essentiel de se rappeler qu'on ne saurait, sans s'exposer à voir gangréner le lambeau, le séparer trop tôt du point où il a été pris.

Quelle que soit celle des deux méthodes qu'on choisit pour la formation d'un nouveau nez, il sera d'abord flasque et par conséquent peu solide; mais bientôt on lui voit prendre de la consistance et de la solidité, parce que son tissu subit, ainsi que nous l'avons indiqué précédemment, une modification fibreuse et parfois même *fibro-cartilagineuse.*

Voici le jugement que porte le célèbre Graëff sur ces deux méthodes opératoires: « La méthode indienne, dit-il, convient surtout quand les os du nez manquent et quand le front est d'ailleurs élevé et recouvert d'une peau saine : hors ces circonstances, on n'y doit recourir que quand les autres sont impraticables. La méthode italienne mérite toujours la préférence, quand les circonstances sont favorables à son exécution, à raison de cet avantage immense de ne laisser sur le front aucune cicatrice. »

Quoique cette appréciation du chirurgien alle-

mand soit d'une grande autorité scientifique, il n'en est pas moins démontré, malgré la bonté du principe sur lequel est basé son opinion, que l'expérience a décidément prononcé en faveur de la méthode indienne, qui a généralement prévalu.

Quant à la rhinoraphie des anciens, dont nous avons fait l'histoire au commencement de ce travail, elle n'est réellement applicable qu'aux pertes de substance peu considérables, et qui ont surtout une direction longitudinale. Encore faudrait-il ne pratiquer ce genre d'opération rapporté par Galien, Celse, etc., qu'en le modifiant comme l'a proposé et heureusement exécuté M. Larrey.

Pour ce qui est des nombreux procédés de Dieffenbach, ils offrent presque tous une indication spéciale qui ne permet pas de les apprécier d'une manière générale. Chacun a son degré d'utilité et ne peut guère être applicable que dans la série des difformités désignées par le chirurgien de Berlin.

Sa méthode pour relever les nez déprimés et renversés dans les fosses nasales, par suite de la carie des os nasaux, de la cloison osseuse, des cornets et des masses de l'ethmoïde, consiste, dans tous les cas de cette nature, à retirer de l'intérieur tous les débris de l'ancien nez, pour les employer à en faire un nouveau : pour cela, il les incise, les régularise, afin qu'ils puissent bien se correspondre, et, par le moyen de points de

suture convenablement disposés, il les maintient redressés et coaptés les uns avec les autres ; il consolide cette disposition à l'aide de quelques soutiens placés dans l'intérieur des narines.

Nous pourrions presque nous dispenser dans l'examen comparatif des procédés opératoires proposés par cet ingénieux rhinoplaste, de remémorer et de prendre en considération les tentatives qu'il a faites pour restaurer des nez entiers, au moyen d'un lambeau emprunté au cuir chevelu. Il serait par trop plaisant de s'exposer, quoi qu'en dise Dieffenbach, à recouvrir le milieu de la face, d'un nez à longue chevelure, à moins qu'on ne le tonsurât régulièrement, ou qu'on le fît participer au *rasé* de la barbe.

Nul doute que les modifications que j'ai apportées, ainsi que MM. Lisfranc et Blandin, sur les dispositions à prendre pour éviter la section du pédicule, et par conséquent la séparation complète de son insertion normale procurent un avantage réel de consolidation et de nutrition sans donner lieu à la moindre difformité de la racine du nez. La gangrène est aussi peu à craindre dans cette circonstance, qu'elle est redoutable dans l'autre, et l'atrophie ultérieure du lambeau est presque nulle, tandis qu'elle est beaucoup plus marquée et qu'on doit en subir les conséquences inévitables, dans les cas de section complète du pédicule.

Après ce que nous avons déjà dit sur le procédé

des Mogoliens, le plus bizarre de tous ceux dont on ait jamais ouï parler, il nous paraît inutile, du moins pour le moment actuel, de le prendre en considération dans l'appréciation des diverses opérations rhinoplastiques qu'on peut metre en usage. D'une part, on trouverait peu de gens disposés à se prêter à des essais de ce genre, et d'autre part, la gêne qui résulterait de l'union obligée de deux individus jusqu'au moment où l'on pourrait couper le pédicule du lambeau d'emprunt, présenteraient des difficultés et des obstacles qui, dans nos mœurs actuelles, s'opposeraient à l'adoption d'une pareille méthode opératoire.

Conclusion.

Il n'est pas étonnant que la singulière idée de réparer et de renouveler même la totalité du nez, au moyen d'une greffe animale, parut d'abord si étrange et si bizarre, qu'elle ait suffi pour éloigner un grand nombre de praticiens consciencieux d'entreprendre un pareil essai.

« Il n'y a pas long-temps, dit M. Delpech, que dans le cours de tout professeur public de thérapeutique chirurgicale, une séance était spécialement consacrée à des plaisanteries de mauvais goût, sur les entreprises de Tagliacozzi, que l'on qualifiait d'extravagantes ou de mensongères. Il a fallu que des navigateurs nous rapportassent de l'Inde un procédé pratiqué depuis long-temps avec succès par des peuples à demi civilisés, pour faire

croire à la possibilité d'une restauration, qui, depuis, était restée presque exclusivement dans les mains des Anglais et des Allemands. »

Lorsqu'un des premiers en France, et immédiatement après M. le professeur Delpech, nous avons commencé nos premières tentatives rhinoplastiques, grand nombre de chirurgiens habiles, mais peu versés dans cette specialité de l'art opératoire, trouvèrent que ce genre de prothèse nasale était d'une trop grande difficulté et que le remède était pire que le mal : s'exagérant même des dangers dont la plupart sont imaginaires : il en est qui par crainte, ou par suite d'un scepticisme outré, avaient proposé de bannir à jamais cette importante opération, dont on obtient maintenant de si brillans résultats. Que d'efforts et de persévérance il nous faudra encore, pour détruire l'injuste prévention dont un grand nombre de confrères, très estimables sans doute, n'ont pu se départir malgré l'expérience journalière des faits !

Le jugement qu'ils ont porté, dit M. Delpech, n'a d'autre erreur que celle de l'exagération, et se trouve plutôt dicté par les préventions contraires que par la réflexion appliquée au sujet lui-même. La difformité d'une cicatrice frontale, provenant d'une mauvaise disposition qu'on aura donnée à la plaie de cette partie, les difficultés de l'opération elle-même et l'imperfection de ses résultats, suite de l'application d'un mauvais procédé opératoire,

peuvent la discréditer encore et la faire tomber de nouveau dans l'oubli ; mais craignons aussi que l'honneur de ce perfectionnement opératoire ne nous échappe et que la rhinoplastie n'aille se naturaliser ailleurs. Faute de n'avoir su en poursuivre le développement avec la patience convenable, cet ingénieux système de restauration nasale, serait indubitablement reformé et complété par les travaux des chirurgiens étrangers, comme cela est arrivé pour un grand nombre d'inventions d'origine française et pour beaucoup d'autres qui avaient été primitivement perfectionnées parmi nous.

Nul doute que la rhinoplastie est une opération toujours douloureuse à cause des incisions multiples qu'elle nécessite, des difficultés qu'elle présente et de la perfection des moyens qu'elle exige pour les surmonter ; nul doute qu'il serait bien cruel de manquer le but auquel tendent tous les vœux et tous les sacrifices du malheureux patient qui réclame ses bienfaits ; nul doute qu'il serait affreux de se tromper complètement sur l'efficacité de la méthode ou du procédé opératoire ; nul doute que la cicatrice résultant de l'extraction du lambeau réparateur doit donner lieu à une difformité plus ou moins marquée, surtout lorsqu'on néglige les dispositions convenables pour la prévenir ; mais tous ces obstacles peuvent disparaître, ou tout au moins être considérablement diminués, par la persévérance et les soins que l'on

doit apporter à perfectionner les moyens d'exécution. En suivant une marche aussi prudente que rationnelle, cette importante opération ne tardera point à occuper le rang distingué qu'elle mérite dans le cadre de la thérapeutique chirurgicale, et nous nous féliciterons d'y avoir contribué par notre persévérance à proclamer les heureux résultats que nous en avons obtenus et à diriger enfin vers ce point important et trop négligé, l'attention de nos confrères nationaux.

Le travail que je viens de terminer, offrira du moins l'attrait de la nouveauté, puisqu'il n'existait point en France de traité complet de rhinoplastie. Espérons aussi, qu'il sera accueilli avec bienveillance, et pourra contribuer aux progrès de la science.

EXTENSION

DU PRINCIPE DE LA RHINOPLASTIE

À LA GUÉRISON

D'un grand nombre de difformités et autres cas de pathologie externe.

Dans toutes les sciences comme dans l'industrie, la découverte d'un principe qui offre d'heureuses applications pratiques ne tarde point à acquérir une extension considérable, dont il ne paraissait

même pas susceptible lors de son apparition. C'est sous ce point de vue, que la rhinoplastie peut être considérée au nombre des plus précieuses conquêtes qu'ait faites le génie de l'homme dans l'intérêt de l'humanité. La preuve évidente que le principe sur lequel repose cette opération est bon, et ne saurait plus être répudié, c'est que non content de raccoutrer des nez au moyen de la greffe animale, les chirurgiens restaurent aussi, à l'aide d'un semblable moyen, des pertes de substance d'autres organes non moins importans.

Nous désignerons, sous le nom de *Blépharoplastie*(1) l'opération par laquelle on régénère pour ainsi dire, plus ou moins complètement, la paupière supérieure ou inférieure, soit que cette organe ait été détruit par une blessure, par une brulûre, ou par une ulcération quelconque; soit qu'il ait été simplement déformé accidentellement, ou par un vice de conformation congéniale. Pour procéder à la réparation de la paupière supérieure, on taille le lambeau aux dépens de la peau du front, un peu en dehors et deux lignes au-dessus de l'arcade sus-orbitaire. On le fixe ensuite par trois ou quatre points de suture dans l'emplacement qu'il doit occuper. Quant au lambeau qui doit servir à réparer la paupière infé-

(1) Nom composé de deux racines grecques : *blépharon* (paupière), *plattein* (former).

rieure on l'emprunte à la partie de la peau qui, recouvre la région malaire, ou mieux encore sur la tempe, ainsi que le pratique M. Blandin, qui a complètement réussi dans deux essais de ce genre. Si l'on néglige de donner une disposition oblique au pédicule, seul moyen d'en éviter la section, on ne doit procéder à ce second temps de l'opération qu'au bout de sept à huit jours. M. Frinke a procédé de la sorte chez un sujet âgé de 63 ans, qu'il a opéré avec un plein succès.

Dans cette opération plastique, plus encore que dans tout autre, il est nécessaire de prendre un lambeau très large, parce que cette portion de peau, faute de pouvoir être fixée dans tous les sens, revient toujours beaucoup sur elle-même.

L'otoplastie (1) a pour objet essentiel de réparer la perte du lobule de l'oreille, et même d'une partie de la conque ou du pavillon de cet organe, au moyen d'un lambeau de peau qu'on emprunter soit en avant sur la tempe, soit en arrière sur la région mastoïdienne, etc. Il est aussi très important dans toutes les restaurations auriculaires de donner au lambeau une étendue de moitié plus considérable que ne l'est la perte de substance à réparer; il faut en outre faire correspondre sa face cutanée en dehors, afin que la face saignante

(1) De *otos* (oreille), *plattein* (former).

qui doit suppurer et se couvrir d'une cicatrice, se trouve correspondre vers la tête.

La *Cheiloplastie* (1) est destinée à la restauration des lèvres et principalement de l'inférieure qui est plus sujette que la supérieure à être détruite par le cancer. Les procédés opératoires qu'on peut mettre en usage pour guérir cette affreuse difformité, sont très variés, suivant que l'on met en œuvre les portions restantes de la lèvre incomplètement détruite, et dont on régularise les bords ulcérés à l'aide d'une incision en V, soit qu'on emprunte le lambeau réparateur au menton ou au cou. On peut donc faire l'application des procédés rhinoplastiques à la *cheiloplastie* ainsi que l'ont fait avec succès MM. Dupuytren, Delpech, Lallemand, Dieffenbach et autres, en faisant l'emprunt du lambeau aux parties voisines pour le contourner et le fixer à l'aide des points de suture sur l'emplacement qu'il doit occuper. Une autre méthode dite *française* par opposition à la précédente, qui est nommée *indienne*, consiste dans la dissection, le décollement et l'allongement de la couche musculo-cutanée, qui avoisine la perte de substance.

On pourrait aussi recourir à la méthode tagliacozzienne (2), c'est-à-dire emprunter le lambeau

(1) De *keilos* (lèvre), *plattein* (former).

(2) Tagliacozzi assure en effet avoir réussi par sa méthode.

aux tégumens du bras, de l'avant-bras, ou de la main.

La *Génoplastie* (1) ou l'art de restaurer les joues, soit que la perte de substance n'affecte que l'une de ces parties, soit qu'elle s'étende ou non jusqu'aux lèvres, a été le sujet de nombreuses tentatives opératoires. Le lambeau doit être emprunté à la partie latérale du cou, immédiatement au-dessous de la mâchoire inférieure, et en avant du muscle sterno-cleido-mastoïdien. Le procédé de M. Lallemand d'après lequel on n'est pas obligé de faire la section du pédicule, est préférable à celui de M. Dupuytren qui, dans des circonstances de cette nature, a appliqué la méthode indienne, telle qu'on l'emploie pour la rhinoplastie, d'après la méthode des *Koomas*. Il est presque inutile de rappeler que la nécessité de faire la torsion du pédicule et de le diviser plus tard, pour en obtenir secondairement l'agglutination, présente de graves inconvéniens qu'on évite au moyen du procédé opératoire de M. Lallemand.

La *staphyloplastie* (2) ne consiste point, comme semblerait l'indiquer son étymologie, dans la restauration exclusive de la luette, mais bien dans l'emploi des divers moyens qu'on met en usage

(1) Du mot latin *gena* (joue), *plattein* (former).

(2) *Staphula* (luette), *plattein* (former).

pour remédier aux divisions avec perte de substance du voile du palais et secondairement de la luette qui n'est qu'une portion de cet organe. Les procédés de MM. Roux et Dieffenbach, consistent dans une disposition particulière à donner aux incisions qu'on pratique sur les parties latérales de la voûte palatine et du voile du palais, ce qui permet de rapprocher les deux bords de la division de cet organe, pour en pratiquer la *staphyloraphie* (suture du voile du palais). Quant à l'application de la méthode indienne, relativement à ce genre de restauration, elle consiste d'après le procédé de Bonfils, à tailler sur la voûte palatine un lambeau d'étendue suffisante, qu'on dissèque d'avant en arrière, qu'on renverse pour le tourner sur son pédicule (1) et l'adapter, au moyen de quelques points de suture, aux bords de l'échancrure qui correspondent à la perte de substance du voile du palais.

La Palatoplastie (2) est cette partie de la prothèse chirurgicale qui a pour objet d'obturer au moyen d'un lambeau de la muqueuse, soit une perforation, soit un défaut de soudure inter-maxillaire de la voûte palatine. Tel est, par exemple, le procédé

(1) Il serait plus simple et tout aussi avantageux d'opérer cette version ou ce déplacement en arrière, sans tordre le pédicule, disposition vicieuse qui n'est qu'une difficulté de plus ajoutée à l'opération.

(2) *Palatum* (palais, voûte palatine), et *plattein* (former).

de M. Krimer. Ce praticien propose de faire à droite et à gauche de l'ouverture et à quelques lignes de ses bords, d'arrière en avant, une incision comprenant toute l'épaisseur de la membrane muqueuse qui tapisse le palais. On en détacherait d'une manière convenable deux lambeaux latéraux, qui, disséqués et renversés sur eux-mêmes pour être amenés sur la ligne médiane, y seraient réunis par un nombre suffisant de points de suture, qui, d'après les heureux essais de M. Krimer, ont pu être enlevés au bout du quatrième jour. L'agglutination, dit-il, s'est parfaitement opérée, et la voûte palatine s'est trouvée entièrement restaurée. Quant au procédé *Palatoplastique* de M. Roux (improprement appelé *uranoplastie*) qui consiste tout simplement à rapprocher, à l'aide de quelques points de suture, les bords préalablement avivés de la division que présente la muqueuse palatine, conjointement avec la fenie plus ou moins considérable qui existe entre les maxillaires supérieurs, on devrait plutôt lui donner la dénomination de *palatoraphie*. Cette opération est à la *palatoplastie*, ce que la *rhinoraphie* est à la *rhinoplastie*.

La *bronchoplastie* (1) a pour but de restaurer les fistules aëriennes du larynx et de la trachée-artère, lorsqu'elles sont causées par une perte de substance assez considérable pour que les bords de

(1) *Bronchos* (gorge), *plattein* (former).

la solution de continuité ne puissent se rapprocher, soit par un vice de cicatrisation, soit par leur adhérence intime sur les cartilages du larynx, soit enfin dans les cas de fistule aérienne simple, dans lesquels la réunion ordinaire par points de suture aurait complètement échoué. Nous emprunterons à M. Malgaigne deux passages relatifs à ce genre de raccoutrement bronchoplastique (1).

« Dans un cas de fistule située entre l'hyoïde et l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, M. Dupuytren donna à la plaie une forme longitudinale, en disséqua les bords, les réunit par quatre points de suture entortillée, et échoua. M. Velpeau appliqua le procédé suivant. »

« Vu l'insuffisance de ce moyen, il tailla un lambeau plus long que large sur le devant du larynx, le renversa de bas en haut, ne lui laissant qu'un pédicule de quatre lignes; le roula sur sa face cutanée, qui, par ce moyen, devint centrale ou interne; en fit enfin un cône tronqué, ou plutôt une portion de cylindre qu'il engagea perpendiculairement jusqu'au fond de la perforation, rafraîchie préalablement, traversa le tout avec deux longues aiguilles et termina par la suture entortillée. La réunion eut lieu presque partout; il ne

(1) On peut consulter, pour plus de détails sur cette observation, l'article *bronchoplastique* que M. Malgaigne a inséré dans son intéressant *Manuel de médecine opératoire*, dont nous avons l'intention de publier incessamment l'analyse.

resta qu'une petite fente fistuleuse, qui céda plus tard à un nouveau point de suture entortillée. »

Toutefois, M. Malgaigne pense que le procédé ancien dont s'est servi M. Dupuytren, aurait eu des chances de succès, si la plaie eût été rapprochée de haut en bas, plutôt que de droite à gauche. Les plis de la peau, dit-il, nuisent dans cette partie à la réunion des plaies longitudinales, comme il s'en est assuré dans ses expériences sur les animaux; aussi est-ce le motif qui l'a engagé à adopter l'incision transversale pour la *laryngotomie sous-hyoïdienne.*

La suture entrecoupée, ajoute-t-il, devrait remplacer alors la suture entortillée; et peut-être assurerait-on mieux encore la réunion en taillant les deux lèvres de la plaie en biseau, la supérieure aux dépens de son bord externe, l'inférieure aux dépens de son bord interne.

L'*oschéoplastie* (1) nous trace les principes d'après lesquels le chirurgien peut refaire un scrotum de toute pièce, voir même le fourreau du pénis, en totalité ou en partie, dans les cas où ces enveloppes tégumentaires auraient été profondément altérées par un éléphantiasis, rongées par une ulcération vénérienne ou cancéreuse, soit enfin dans les cas où elles auraient été détruites par la gangrène, etc. Lorsqu'il s'agit de raccoutrer ou

(1) De *oskéon* (scrotum), *plattein* (former).

de refaire un scrotum, l'emprunt du lambeau doit être fait à la face interne et supérieure de la cuisse correspondante pour le premier cas, et aux deux côtés s'il est nécessaire de refaire complètement une enveloppe aux deux testicules entièrement dénudés par une inflammation gangréneuse, suite d'un épanchement urinaire(1). Quant au fourreau à fournir au pénis dans le cas peu supposable de sa destruction complète, ou assez étendue pour qu'il fût nécessaire de recourir à une opération plastique, l'emprunt du lambeau pourrait être fait sur la ligne médiane de l'hypogastre, immédiatement au-dessus du pubis (2).

L'application des principes oschéoplastiques dans les cas d'énormes tumeurs éléphantiaques du scrotum, qu'on observe parfois en Europe, mais qui sont très fréquens en Orient et surtout en Egypte, présentent des modifications importantes qui n'avaient été qu'imparfaitement indiquées

(1) J'ai pratiqué et réussi cette opération chez un jeune homme de 25 ans. Cette observation trouvera place dans le *Traité d'autoplastie générale* que je me propose de publier.

(2) Les historiens rapportent que, du temps des empereurs romains, les juifs, pour se soustraire aux impôts vexatoires dont ils étaient l'objet, cherchaient à effacer les traces de la circoncision en se soumettant à une opération, espèce de *postéplastie* (de *posté*, prépuce), qui avait pour but de leur refaire un prépuce. Celse décrit à ce sujet deux procédés opératoires, dont l'un est applicable à l'absence congéniale du prépuce, et l'autre à celle qui est le résultat de la circoncision. Mais comme il n'est pas probable que personne soit jamais disposé à une opération de ce genre, dans le seul but de corriger une difformité aussi insignifiante, et

jusqu'à ce jour, mais que notre confrère M. Clot-Bey, vient de préciser d'une manière remarquable dans l'histoire détaillée des opérations de ce genre qu'il a pratiquées tant à Alexandrie qu'au Grand-Caire.

Premier procédé opératoire employé par M. Clot-Bey.

« Le malade placé horizontalement sur une table couverte d'un matelas et de coussins, l'opérateur armé d'un bistouri convexe, taille trois lambeaux sur la tumeur éléphantiaque. Le premier de forme oblongue d'environ quatre pouces de largeur sur six de longueur, à la partie supérieure antérieure et moyenne, pour servir d'enveloppe à la verge cachée sous ce même lambeau dans la

comme d'autre part les motifs qui pouvaient engager les juifs à s'y soumettre ont cessé, il est inutile que nous en donnions ici la description. Néanmoins, MM. Roche et Sanson rapportent que J.-L. Petit ayant voulu remédier par l'une de ces opérations à une absence congéniale du prépuce, il n'en résulta qu'une espèce de bourrelet incommode. M. Velpeau prétend que les essais *postéplastiques* de Dieffenbach ont suffisamment prouvé que ce dernier auteur, ainsi que Sabatier, ont eu tort de considérer comme inutiles et impossibles ces différentes espèces de restaurations du pénis. « Le prépuce, dit-il, est apte à subir tous les genres de raccoutrement qui se pratiquent à la face ou sur le nez. « Mais une circonstance importante que ces Messieurs auraient dû prendre en considération, c'est qu'une seule érection, motivée ou non, détruirait de fond en comble et en un seul instant, les résultats de la *postéplastie* la mieux opérée et l'appareil postéplastique le mieux appliqué.

masse de la tumeur, les deux autres latéraux demi-circulaires, pour recouvrir les testicules, s'étendant chacun des côtés de la base du premier lambeau au périnée. Une sonde cannelée introduite dans le méat anormal, sert à isoler le pénis. Les testicules qui sont ordinairement dans un état sain, doivent être mis à découvert, au moyen d'une incision sur le trajet des cordons, et séparés de la masse de la tumeur qu'on emporte par quelques coups de bistouri. Lorsque les testicules se trouvent contenus dans un hydrocèle, la tunique vaginale doit être incisée du sommet du testicule à sa base, afin de laisser librement échapper le liquide qu'elle contient, et de pouvoir être excisée des deux côtés, dans le cas où elle serait trouvée épaissie ou ulcérée. Si les testicules, sont en effet dans l'état normal, on les place dans les deux lambeaux tégumentaires qui sont rapprochés et assujettis par des points de suture, pratiqués du périnée à la base de la verge; celle-ci est enveloppée à son tour avec la peau qui lui est réservée, et dont les bords sont réunis de la même manière le long de l'urètre. Pendant la dissection, l'opérateur devra conserver une portion du prépuce, afin de la réunir par quelques points de suture à la partie antérieure du lambeau vers la base du gland. »

M. Clot-Bey ajoute, qu'après plusieurs opérations de ce genre, qu'il a toujours pratiquées avec succès, le fourreau du pénis et l'enveloppe scrotale étaient si exactement formés, qu'il fallait

avoir assisté à l'opération, pour croire que la chirurgie pût obtenir d'aussi étonnans résultats (1).

Second procédé oschéoplastique mis en usage par M. Clot-Bey.

« Ce procédé diffère du précédent en ce que, au lieu de me servir du lambeau antérieur pour envelopper le pénis, je me suis servi des tégumens propres de cet organe, qui avaient été renversés sur eux-mêmes et entraînés en bas par le poids de la tumeur, en formant ainsi une sorte de canal artificiel. Cette méthode me paraît préférable, parce que cette peau conserve presque toujours son état de parfaite intégrité, et qu'elle n'est point, comme celle du pubis, recouverte de poils. Voici de quelle manière doit se pratiquer cette opération, dans le cas où l'on se serait assuré que la peau renversée du pénis est intacte : « Je commencerais par faire deux incisions, à partir du centre du pubis, qui iraient se terminer au périnée, d'où il résulterait deux lambeaux demi-circulaires. En second lieu, je circonscrirais, par deux incisions semi-elliptiques, le contour de

(1) L'une de ces opérations fut pratiquée le 27 mars 1830, chez un marabout dont la tumeur éléphantiaque du scrotum pesait 110 livres, non compris une quantité considérable de sérosité qui s'était écoulée pendant et après l'extirpation.

l'orifice du canal anormal, et après avoir disséqué les lambeaux, dégagé le pénis et les testicules, et abattu le pédicule de la tumeur, les lambeaux seraient rapprochés, et l'angle supérieur des tégumens du pourtour de l'orifice urinaire serait placé dans l'angle rentrant, produit par les incisions supérieures. »

Ce procédé, qui est à peu près analogue à celui que le docteur Gaëtani a mis en usage au Grand-Caire, est en effet plus simple et plus rationnel que ceux qu'on avait employés jusqu'à ce jour. G. de Salicet, Imbert de Lones, et plus tard MM. Larrey, Roux et Delpech, ont tracé, en France, les principes relatifs à cette opération. Je n'ai fait qu'un exposé très rapide de l'application du principe rhinoplastique à l'*oschéoplastie,* parce que je n'ai eu pour objet que d'indiquer les ressources de l'art dans des circonstances aussi graves. Tous les détails opératoires qui s'y rapportent, ne pouvaient trouver place dans un chapitre qui n'est qu'accessoire à mon travail spécial sur la *rhinoplastie*.

L'urétroplastie (1).

Ne serait-il pas possible d'étendre l'application du principe *autoplastique* à certains cas de fistules

(1) De *urethra* (urètre), *plattein* (former).

urinaires incurable, par suite d'une perte de substance très considérable qu'aurait éprouvée la portion spongieuse du canal ?

Après certaines inflammations gangreneuses qui avaient porté leur action destructive sur une étendue plus ou moins considérable de l'urètre, la perte de substance qu'a éprouvée ce canal, est parfois trop considérable pour qu'il soit possible d'opérer le rapprochement des bords de l'ouverture fistuleuse, Le malade serait donc condamné à une espèce d'hypospadias (1) extrêmement incommode, qui, en outre, le rendrait incapable de procréer, et contre lequel les ressources de l'art seraient impuissantes, si l'*urétroplastie* ne fournissait le moyen de réparer cette grande brèche, au moyen d'un lambeau d'emprunt. « Je doute, disait J. Muller, qu'il soit possible de fabriquer un nouvel urètre, par l'application au pénis d'un morceau de la peau de la

(1) On a donné le nom d'*hypospadias* à un vice de conformation congénial ou accidentel du canal de l'urètre chez l'homme, caractérisé par la sortie de l'urine au travers d'un méat anormal situé dans un des points de la face postérieure du pénis. Lorsque cette ouverture est située près de la racine de cet organe, il coexiste parfois un défaut de soudure antérieure entre les deux portions du scrotum, qui présente alors sur sa ligne médiane, une espèce de fissure qui simule l'ouverture de la vulve ; ce qui a pu, dans certaines circonstances, induire en erreur sur le sexe de l'individu, ou le faire considérer comme un hermaphrodite. On a nommé, par opposition, *épispadias*, un vice de conformation qui consiste dans la situation anormale de l'ouverture de l'urètre située au-dessus du pénis. Il est facile de comprendre que, dans l'un et l'autre cas, le sperme ne pouvant être lancé au loin et en ligne droite, ces personnes sont impropres à la génération.

cuisse. Cependant, cette idée mérite d'être prise en considération, moins par rapport à l'hypospadias congénial que peut-être à l'égard de l'accidentel. » En effet, des expériences ultérieures ont démontré que, malgré le peu de succès que Dieffenbach avait rétiré de ses tentatives *urétroplastiques*, A. Cooper, au contraire, dans une circonstance analogue, est parvenu à guérir une fistule urétrale, au moyen du greffement d'un lambeau de peau ; il le détacha du scrotum, le rabattit sur l'ouverture fistuleuse où il le fixa avec quatre points de suture et des emplâtres agglutinatifs.

Ne pourrait-on pas aussi, dans certains cas désespérés de destruction énorme du pourtour de l'anus, par suite d'une inflammation gangréneuse, tenter d'y remédier, dans les cas où cela paraîtrait utile, par le greffement d'un lambeau qu'on emprunterait à la fesse qui correspondrait au côté détruit ? Nous avons lieu d'espérer que, les progrès de la science donnant toujours plus d'extension à l'*autoplastie*, nous posséderons par suite des travaux importans auxquels se livrent d'habiles opérateurs, des règles précises sur l'*urétroplastie*, *la proctoplastie* (1), *etc., etc.* N'a-t-on pas déjà publié en Allemagne des essais *cranioplastique* recommandés par MM. Percy et Maunoir de

(1) De *proctos* (anus), *plattein* (former).

Génève, et répétés dernièrement à Paris par M. Amussat?

Il est certains ulcères cancéreux, scrophuleux, ou autres, dont l'action destructive n'ayant pu être arrêtée qu'après une perte de substance de toute la partie tégumentaire, située entre l'angle interne de l'œil et l'oreille, donnent lieu, par la difficulté ou l'impossibilité du rapprochement des bords, soit à une carie, soit à une nécrose souvent au-dessus des ressources de l'art : il est d'autres cas moins malheureux, où ces ulcères sont suivis d'une cicatrisation difforme qui tiraille violemment en haut et en dehors les paupières de l'œil correspondant, et une partie des traits. Dans une circonstance pareille, j'avais proposé à la malade une opération de ce genre : mon intention était d'emprunter le lambeau cutané au-dessus de l'oreille ; mais la malade s'y étant absolument refusée, la cicatrisation ne put s'établir, le périoste s'enflamma, les os s'exfolièrent, une céphalalgie intense et continue se déclara, et la mort ne tarda point à terminer cette scène de douleurs.

A la suite d'une carie ou d'une nécrose, par un coup de feu reçu au front, on a vu des personnes chez lesquelles, la balle ayant perforé la table antérieure des sinus frontaux, une fistule aérienne aussi incommode que dégoûtante avait fini par s'établir. Lorsque la perte de subtance osseuse était un peu considérable, et que les bords de la

plaie, après avoir longuement suppuré, n'avaient pu, malgré tous les efforts de réunion, contracter adhérence qu'avec les bords plus ou moins irréguliers de l'ouverture fistuleuse, le mal était alors réputé incurable. Dorénavant, grace à l'*autoplastie*, ce sera une des lésions dont la guérison pourra être opérée avec une assurance de succès, dont il n'est guère permis de douter, vu la simplicité du procédé opératoire qu'exigera ce genre de lésion : il suffirait de faire l'emprunt du lambeau à la partie supérieure du front. Je ne balance point à proposer cette opération plastique, parce que j'ai conscience intime des résultats avantageux qu'elle peut procurer. »

L'*autoplastie* (1) est, sans contredit, un genre presque tout nouveau de prothèse chirurgicale, qui est susceptible de rendre de grands services à l'humanité, et peut acquérir un haut degré de perfectionnement. Les opérations délicates et multipliées qu'elle nécessite, exigent des études spéciales qu'on a trop négligées jusqu'à ce jour, mais qui ne tarderont point à fixer l'attention des praticiens et surtout de ceux qui sont chargés de l'enseignement pratique de la chirurgie. Certes, si, en Allemagne, en Italie et en France, on a déjà senti la nécessité de créer dans les écoles de médecine ou les hôpitaux de clinique, une chaire

(1) De *autos* (soi-même), *plattein* (former).

particulière pour les affections oculaires, comme on l'a fait aussi pour les opérations de la lithotritie, nul doute que le gouvernement ne devienne tôt ou tard désireux de compléter l'enseignement médical, en établissant une nouvelle chaire non moins importante, qui serait spécialement consacrée à l'enseignement et aux progrès des opérations *autoplastiques* (1).

L'histoire abrégée, ou, pour mieux dire, l'exposition succincte que je viens de tracer des difformités et des cas pathologiques qui réclament les secours de l'*autoplastie*, est loin de compléter le cadre des diverses et multiples lésions qui peuvent en nécessiter l'application. Je n'ai eu que l'intention d'exquisser l'indication sommaire d'un travail spécial, dont je réunis en ce moment les nombreux matériaux, pour en faire l'objet d'une prochaine publication.

(1) Toutes les dénominations grecques que j'ai été obligé d'employer pour désigner chaque série d'opérations plastiques, m'ont paru devoir être adoptées comme moyen facile d'indication, parce que leur étymologie désigne assez bien l'organe qu'il s'agit de réparer.

EXPLICATION DES PLANCHES.

PLANCHE PREMIÈRE.

Elle représente le portrait en profil de M. J..., major polonais, âgé de trente-sept ans, qui perdit l'aile droite du nez par suite d'un coup de sabre qu'il reçut dans l'un des derniers combats qui eurent lieu entre l'armée polonaise et celle des Russes. Les bords de l'ouverture sont légèrement renversés en dedans; on aperçoit au fond la cloison nasale, dont la muqueuse était rouge et un peu gonflée, par l'effet de l'irritation trop directe de l'air.

PLANCHE DEUXIÈME.

C'est le portrait du major polonais, M. J..., opéré par M. Dupuytren. Ce racoutrement nasal a été fait avec une telle perfection, que j'aurais eu peine à croire à l'exactitude du dessin, si je n'avais eu occasion d'examiner ce brave Polonais. La cicatrice provenant du lambeau emprunté à la joue, est absolument pareille à celle qui serait la suite d'une simple incision de bistouri, pratiquée en travers sur la joue droite. Quant à l'aile du nez restaurée, elle est si bien imitée par cette opération rhinoplastique qu'on s'y méprendrait sans la ligne de cicatrice qui l'environne.

PLANCHE TROISIÈME.

Elle offre l'exemple d'une destruction complète de la sous-cloison nasale et du bord inférieur du cartilage médian, suite d'une ulcération scrophuleuse. Le bout du nez présente un renflement arrondi; les ailerons n'ont été que légèrement affectés par l'ulcère rongeant. L'ensemble de ces altérations que présentait le nez de M. T. G., jeune séminariste de Châlons, avait donné lieu à une difformité qui était des plus désagréables à voir, surtout lorsque le malade relevait la tête et s'inclinait en arrière. Le timbre de la voix était altéré.

PLANCHE QUATRIÈME.

C'est le portrait du nommé T. G..., dont la sous-cloison nasale a été restaurée au moyen d'un lambeau emprunté sur la ligne médiane de la lèvre supérieure. Opération pratiquée par M. Dupuytren et complétée par M. Gensoul, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Je dois faire remarquer que, malgré que ce dernier soit moins incorrect que celui qui m'a été remis par M. le docteur Marx, il n'indique pas assez l'aspect retréci que doit inévitablement présenter la lèvre, dont on a retranché le lambeau qui a servi à réparer la sous-cloison. Cette inexactitude est une suite ordinaire de la tendance qu'ont tous les dessinateurs à ramener aux formes naturelles, les parties qui sont altérées par suite de maladie.

PLANCHE CINQUIÈME.

FIGURE 1.

Elle représente sur le front d'un adulte le tracé du lambeau, tel que l'a proposé et mis en pratique M. Delpech, pour sa *rhinoplastie perfectionnée*.

Le tracé de ce lambeau présente en haut une forme de trident, c'est-à-dire, trois pointes fort prolongées sur le cuir chevelu. La base de ce même lambeau, resserrée d'abord au-dessus des sourcils, s'élargit de nouveau au-dessous de cette même région, et comprend l'extrémité interne des sourcils, dans une étendue d'environ quatre ou cinq lignes.

On voit aussi la coupe fraîche et sanglante du nez et de la sous-cloison, dont on a retranché toutes les inégalités, afin de rendre ces parties plus susceptibles d'être mises en rapport exact avec le lambeau qui doit servir à former le lobe nasal.

FIGURE 2.

Elle représente la figure du même individu; le lambeau vient d'être disséqué et séparé du front; il est pendant sur le milieu de la face et ne laisse apercevoir que le côté saignant qui correspondait au péricrâne; son pédicule, très large, correspond aux deux sourcils, et à la racine du nez; les

points qui terminent inférieurement les trois prolongemens, indiquent tout ce qui doit être retranché pour ne laisser que la portion de lambeau nécessaire à la restauration du bout du nez, de la sous-cloison et des deux ailerons nasaux.

FIGURE 3.

Elle représente le lambeau frontal renversé, tordu, adapté à la coupe du nez par douze points de suture, dont deux pour la sous-cloison.

On voit la coaptation des bords des trois prolongemens supérieurs de la plaie frontale et de la partie inférieure de cette même plaie, par dix-huit points de suture. L'angle inférieur de la plaie, entre les sourcils, est à nu : il est réservé pour la coaptation du pédicule du lambeau, lors de sa section définitive.

On voit l'extrémité interne des sourcils, séparée du reste par les sections latérales qui forment la base du lambeau, entraînée en bas avec le pédicule de ce dernier.

FIGURE 4.

Elle représente le portrait du même individu, entièrement guéri de sa difformité nasale. L'opération rhinoplastique ayant complètement réussi, le pédicule du lambeau a été incisé sur le point

de sa torsion, relevé et régularisé pour être coapté avec les bords de l'ouverture angulaire que présentait inférieurement la plaie frontale : il ne reste au tour du nez qu'une cicatrice linéaire, et sur le front une autre cicatrice linéaire bifurquée en bas (1), et tridentée supérieurement. Le dessinateur a donné un peu trop de saillie à la partie inférieure du nez, ce qui provient de l'habitude qu'ont la plupart des artistes, de former un dessin plutôt agréable que correct.

(1) Les deux lignes qui forment la bifurcation inférieure, devraient passer dans l'épaisseur des soucils, au point de réunion des deux tiers externes avec le tiers interne.

PLANCHE SIXIÈME.

FIGURE 1.

C'est le portrait du nommé Gourieux, affligé d'une horrible difformité nasale, résultat d'un coup de fusil, que ce malheureux, dans un moment de désespoir, s'était tiré dans la bouche. Il avait appliqué l'extrémité du canon de son fusil, armé sous la voûte palatine, tandis qu'avec le pied nu il en avait lâché la détente. L'arme s'étant un peu inclinée en avant au moment de l'explosion, la balle monta verticalement dans l'épaisseur et au milieu de la voûte palatine, traversa le nez et sillonna la peau du front. Toute la portion palatine des os maxilliaires supérieurs, comprise entre les deux dents canines, la sous-cloison, les os carrés du nez, ainsi que toute la partie cartilagineuse antérieure de cet organe furent emportés

FIGURE 2.

Représente le nommé Gourieux, opéré et guéri de sa difformité par M. Larrey. Le nez a repris une conformation assez régulière; il présente sur sa ligne médiane une cicatrice allongée presque uniforme se continuant avec celle du front, de telle sorte que la physionomie du sujet n'offre plus rien de pénible à la vue. La lèvre supérieure a été raccourtrée aussi par un procédé opératoire absolument

pareil à celui qu'on met en usage pour les cas de *bec de lièvre*.

FIGURE 3.

C'est le portrait du nommé Javet, ex-grenadier de la garde impériale. A la bataille de Waterloo, il reçut un coup de sabre qui lui divisa le nez en travers, immédiatement au-dessous de la voûte osseuse de cet organe. Javet, après avoir encore combattu quelque temps, ayant été obligé de suivre les débris de sa compagnie qui cherchait à se rallier avec le reste du corps d'armée qui était en pleine déroute, ne put faire panser méthodiquement sa blessure. Il se borna à placer sa cravate autour de la figure, pour maintenir, le mieux qu'il lui serait possible, le nez dans sa position naturelle. Au milieu de tous les désastres d'une retraite aussi précipitée, Javet, qui ne songeait qu'aux malheurs de son pays, ayant négligé d'aller réclamer les soins éclairés d'un chirurgien, sa blessure se cicatrisa en peu de jours, mais d'une manière incomplète et irrégulière. Le lobe nasal était resté incliné du côté droit et présentait à sa partie dorsale et latérale gauche un hiatus transversal, large d'une ou deux lignes, communiquant dans la fosse nasale et qui provenait de la cicatrisation isolée de ces deux points, correspondans aux deux bords de la blessure. L'ensemble de la cicatrice présentait une

forme d'*S* italique inclinée en travers et déprimée vers le milieu.

FIGURE 4.

Portrait du nommé Javet (actuellement ébéniste), qui a été *rhinoplastié* par l'auteur. Le nez a été régulièrement ajouté et consolidé dans sa position naturelle; la fistule aérienne a été complètement oblitérée, et le lobe nasal qui était un peu atrophié ou du moins aplati, a fini par reprendre un aspect tout-à-fait naturel.

FIGURE 5.

Application que l'auteur propose de faire, de le méthode italienne à la formation de la sous-cloison nasale. Elle a pour objet de faire l'emprunt du lambeau réparateur à l'éminence thénar de la main gauche, ce qui n'oblige pas à placer le bras dans une position extrêment gênante. A, lambeau elliptique, long d'un pouce, large de six lignes, il ne tient à l'éminence *thénar* que par son extrémité inférieure, tandis que son extréminé supérieure est réunie à la partie interne du bout du nez, par trois points de suture entrecoupée. B, portion angulaire qui, de l'extrémité inférieure du lambeau, est destinée à être greffée dans une ouverture oblongue, pratiquée à la partie supérieure de la lèvre. Ce bout du lambeau ne doit être dé-

taché de la main qu'après que l'adhérence de l'extrémité supérieure est parfaitement assurée. C. Ouverture de la plaie, située sur l'éminence thénar, d'ou l'on a extrait le lambeau. d. d. d. d. Points où doivent correspondre les extrémités des deux bandelettes de taffetas d'Angleterre, destinées à maintenir rapprochés les deux bords de la plaie de la main ; e. e. points correspondans aux deux bouts du petit plumasseau de charpie, enduit à sa partie supérieure d'un peu de cérat ; il doit servir à lubréfier la face saignante du lambeau, la mettre à l'abri de l'action irritante de l'air, et lui fournir un point d'appui.

Cette opération qui n'a besoin que d'être pratiquée avec soin pour bien réussir, offre le grand avantage de ne laisser sur la figure que de légères traces de cicatrisation. Pour ce qui est de la cicatrice de la main, elle finit par devenir linéaire et par se confondre avec les plis naturels que présente cette partie.

PLANCHE SEPTIÈME.

FIGURE 1.

Portrait de Pierre Lanelongue qui, à la dernière guerre d'Espagne (1823), reçut un coup de sabre qui, pénétrant entre les sourcils, lui abattit la totalité du nez et une petite portion de la lèvre supérieure. Os, chair et cartilages, tout fut arraché. La commotion fut si violente, que Lanelongue, perdant connaissance, fut renversé de cheval et laissé pour mort sur le champ de bataille. La figure de Lanelongue, devenue une vraie tête de mort, inspirait un dégoût insurmontable à tous ceux dont il s'approchait, ce qui le réduisit à la plus affreuse misère et dans le dernier état d'abjection. Ce fut dans cet état que l'auteur le rencontra aux environs d'Aix en Provence, et lui offrit de le guérir de son affreuse difformité.

FIGURE 2.

Représente P. Lanelongue, à qui l'auteur a fait, en 1827, un nez de toutes pièces. La métamorphose fut si complète que ses amis avaient d'abord peine à le reconnaître. L'auteur a revu Lanelongue en 1828 et en 1829; son nez s'est toujours bien conservé et ne diffère des autres que parce qu'il est un peu moins proéminent et

cerné d'une cicatrice linéaire qui, de bleue qu'elle était, a fini par devenir blanche. Quant à celle du front elle n'offre rien de remarquable; son extrémité supérieure se perd sous les cheveux, sa largeur est réduite à moins de deux lignes, et son extrémité inférieure correspond à la racine du nez un peu à droite.

FIGURE 3.

Appareil contentif pour pratiquer la rhinoplastie d'après la méthode italienne qui consiste à emprunter au bras, le lambeau de peau nécessaire pour la restauration nasale. Il faut que la main et l'avant-bras restent appliqués sur la tête durant le nombre de jours nécessaires pour que le lambeau de peau contracte une adhérence intime avec les contours de l'ancien nez qu'il est destiné à restaurer.

FIGURE 4.

Lambeau de peau emprunté au front et devant servir à refaire un nez complet. C'est à peu près la forme d'un triangle isocèle dont les deux côtés égaux, supposés longs de trente-deux lignes, sont réunis par une base de vingt-huit lignes qui présente sur son milieu un appendice rectangle d'un pouce de long sur six lignes de largeur. Ce lambeau de peau est supposé resté adhérent par son

pédicule situé entre les sourcils ; sa rétraction est déjà opérée, ce qui lui donne une étendue moins considérable que celle que nous avons indiquée ci-dessus. La languette de peau doit servir à former la sous-cloison ; les deux angles latéraux arrondis doivent simuler les deux ailes du nez.

FIGURE 5.

Représente le précédent lambeau doublé sur sa face profonde et disposé de manière à représenter les différentes parties du nez. L'extrémité libre de la languette paraît plus prolongée que les ailes du nez, parce qu'elle doit être implantée dans une ouverture profonde, pratiquée dans toute l'épaisseur de la lèvre supérieure, immédiatement au-dessous des fosses nasales.

FIGURES 6 et 7.

6me Elle représente un individu dont le lobe nasal et les ailes du nez ont été détruits. On voit au milieu de l'ouverture la disposition normale de la cloison nasale; sur la partie antérieure et moyenne de chaque joue, on aperçoit le tracé des lambeaux elliptiques destinés à former les ailes du nez; *aa* portions triangulaires qui doivent être retranchées aux deux lambeaux, afin que les deux parties BB, après avoir été contournées de haut en bas et portées d'arrière en avant vers la ligne dorsale du

nez, pour y former le lobe de cet organe, puissent y être mises en rapport exact et réunies entre elles par deux points de suture (*voy. fig.* 7, *aa*), tandis que d'autres points de suture les fixeraient supérieurement sur les parties latérales et inférieures du tronçon nasal (1). (*voy. fig.* 7, BB.) C, tracé du lambeau quadrilatère allongé, qui doit être emprunté à toute l'épaisseur de la lèvre supérieure pour servir à former la sous-cloison nasale. L'incision droite doit être prolongée jusque dans l'intérieur de la narine correspondante, tandis que la gauche n'arrive qu'à une ligne de la fosse nasale. Ce lambeau quadrilatère allongé, après avoir été contourné de gauche à droite, et porté en haut et en avant, doit être fixé à la partie antérieure et inférieure de chaque nouvelle aile du nez par un point de suture (*voy. fig.* 7, *cc*). Quant à la plaie labiale, elle doit être réunie par quelques points de suture entortillée (*voy. fig.* 7, *dd*). Il en est de même des deux plaies elliptiques des joues: trois ou quatre points de suture *entrecoupée* ou *entortillée* suffisent pour en rapprocher exactement les bords et donner lieu à une cicatrice linéaire (*voy. fig.* 7, *ee*).

Ce genre de rhinoplastie, proposé par l'auteur,

(1) L'auteur préfère donner à ces deux lambeaux la forme elliptique plutôt que celle d'une pyramide dont le sommet correspondrait au nez, parce que la plaie qui en résulterait donnerait lieu à une cicatrisation difficile et difforme.

n'est pas d'une exécution aussi difficile qu'elle paraît l'être au premier abord. L'avantage que présente cette opération, c'est de ne laisser après elle que des cicatrices linéaires peu apparentes, ainsi qu'on peut le remarquer sur la figure 8.

FIGURE 8.

Elle représente l'état des cicatrices provenant de l'opération sus-mentionnée.

FIGURE 9.

Représente le lambeau de peau frontale, tel qu'il doit être taillé d'après les modifications imaginées par l'auteur.

PLANCHE HUITIÈME.

Les trois premières figures représentent le portrait d'un jeune garçon, âgé de douze ans, qui a été opéré et guéri par M. Delpech, d'une difformité congéniale, qui mettait toute la cavité nasale gauche à découvert.

FIGURE 1.

Représente l'état de cet enfant avant l'opération. On voit une fente qui s'élève jusque dans l'angle interne de l'œil, et qui a isolé l'aileron gauche du nez. L'os carré et l'apophyse nasale de l'os maxillaire de ce côté manquaient totalement. Le côté gauche du nez n'a pas acquis le développement normal dans le sens de la longueur, et l'aile du nez se trouve suspendue bien au-dessus de sa situation naturelle. Il manque la moitié interne de la paupière inférieure; on voit la conjonctive à nu, et une membrane muqueuse continue, d'une part avec la conjonctive, d'autre part avec la membrane interne du nez, tapisse une sorte de rigole ou gouttière large et superficielle, sur laquelle les larmes s'écoulaient sans cesse, et d'où elles se répandaient sur la joue. Dans le fonds de cette gouttière et sous les parties molles qui la formaient, on ne sentait pas de parties dures; ce qui porte à croire que non-seulement l'os carré

gauche, l'apophyse nasale de l'os maxillaire correspondant manquent, mais encore l'os unguis, le côté correspondant de l'ethmoïde, et peut-être une portion des parois du sinus maxillaire. A travers la fente du côté gauche du nez on voit deux éminences ou surfaces convexes recouvertes de la membrane muqueuse des fosses nasales : elles sont fixées sur la cloison; leur face interne est concave; enfin tout cela indique une disposition renversée des cornets moyen et inférieur. Il est vraisemblable que ce sont en effet ces mêmes cornets séparés de la paroi externe et rapprochés de la paroi interne.

FIGURE 2.

Représente l'opération rhinoplastique pratiquée par M. Delpech pour guérir la difformité indiquée dans le paragraphe précédent.

aaa. Forme de la plaie qui a été faite pour obtenir le lambeau réparateur.

bb. Lambeau renversé, tordu et ajusté aux deux côtés de la fosse nasale.

c. Un pli que l'on a formé dans le bord interne, devenu externe du lambeau, par l'effet de la torsion et par lequel on a cherché à simuler la paroi gauche du nez.

dd. Le bord interne de la fente congéniale, que l'on a égalisé par une résection en ligne droite,

e. La paupière inférieure, tendue et relevée par l'effet des points de suture du bord externe du lambeau, tandis qu'une grande partie de la sclérotique était à découvert par l'éraillement palpébral que nous avons indiqué dans la figure 1.

N. B. On voit que l'extrémité interne de la moitié de la paupière inférieure qui existait, n'a pu être rajustée d'abord exactement avec le point correspondant du bord externe du lambeau à cause de sa torsion. On voit aussi d'après cette lithographie, que, pour la même raison, il en a été de même du point le plus voisin de l'angle interne de l'œil et du point correspondant du bord interne du lambeau. C'est ce qui a nécessité une seconde opération, ainsi qu'on le rapporte dans l'observation.

FIGURE 3.

Elle représente le portrait de l'opéré, après qu'il a été complètement guéri.

On voit la cicatrice fraîche et peu apparente de la plaie formée pour obtenir le lambeau qui est réuni sur le côté gauche du nez. L'extrémité supérieure de ce même lambeau, rajustée exactement, d'une part avec l'angle interne de la paupière supérieure, sous la caroncule lacrymale, et d'autre part avec l'extrémité interne de la demi-paupière inférieure, complète cette dernière en la ramenant à peu près au niveau de sa position naturelle, sur le globe de l'œil. Comme cette extrémité supérieure

du lambeau ne tient pas aux parties sous-jacentes et n'est réunie que par ses bords, elle forme une sorte de canal plat et large par lequel les larmes sont amenées dans le nez. Cette même extrémité supérieure libre et faisant suite au bord de la paupière inférieure, retient les larmes comme ce dernier; et agité par les contractions de cette même paupière, ce lambeau reçoit des mouvemens qui sont suffisans pour diriger et pousser les larmes dans la fosse nasale.

FIGURE 4.

Portrait de J. Mazet, âgé de cinquante-six ans, dont le lobe nasal a été détruit par un ulcère syphilitique. La cloison avait perdu sa moitié inférieure, il ne restait qu'une très petite portion formant saillie au-dessus de la lèvre supérieure.

FIGURE 5.

Représente l'individu précédent, qui a été opéré par M. Delpech. Toute trace de difformité a complètement disparu, les contours du lobe nasal raccoutré s'accordent si bien avec ceux des ailes du nez et de la face, qu'en examinant le profil de l'opéré il était, dit M. Delpech, presqu'impossible d'apercevoir les marques de sa restaura-laquelle a fait disparaître toute trace de l'aile gauche du nez. (*Voir fig.* 1.)

tion nasale. La cicatrice linéaire était d'autant mieux dissimulée qu'elle se confondait avec les marques de la petite vérole, dont la figure de Mazet portait de nombreuses traces.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES.

TABLE ALPHABÉTIQUE

ET ANALYTIQUE.

A

E

F

G

I

J

K

L

N

U

V

W

Z

ERRATA.

Page 3, ligne 12, au lieu de *musianus*, lisez *musitanus*.

Page 12, ligne 16, au lieu de *sanales*, lisez *nasales*.

Page 35, ligne 24, au lieu d'*Albuera*, lizez *Albuféra*.

Page 40, 2e ligne de la note, au lieu de *iucura*, lisez *mira*.

Page 65, ligne 5, au lieu de : *et son âme depuis long-temps froissée par l'injustice et le malheur devint*, etc., lisez : *et quoique son âme fût depuis long-temps froissée par l'injustice et le malheur, il devint*, etc.

Page 151, 2e ligne, retranchez *par L. Labat, D.-M.*

Page 194, ligne 19, au lieu de *lambeau*, lisez *lobe*.

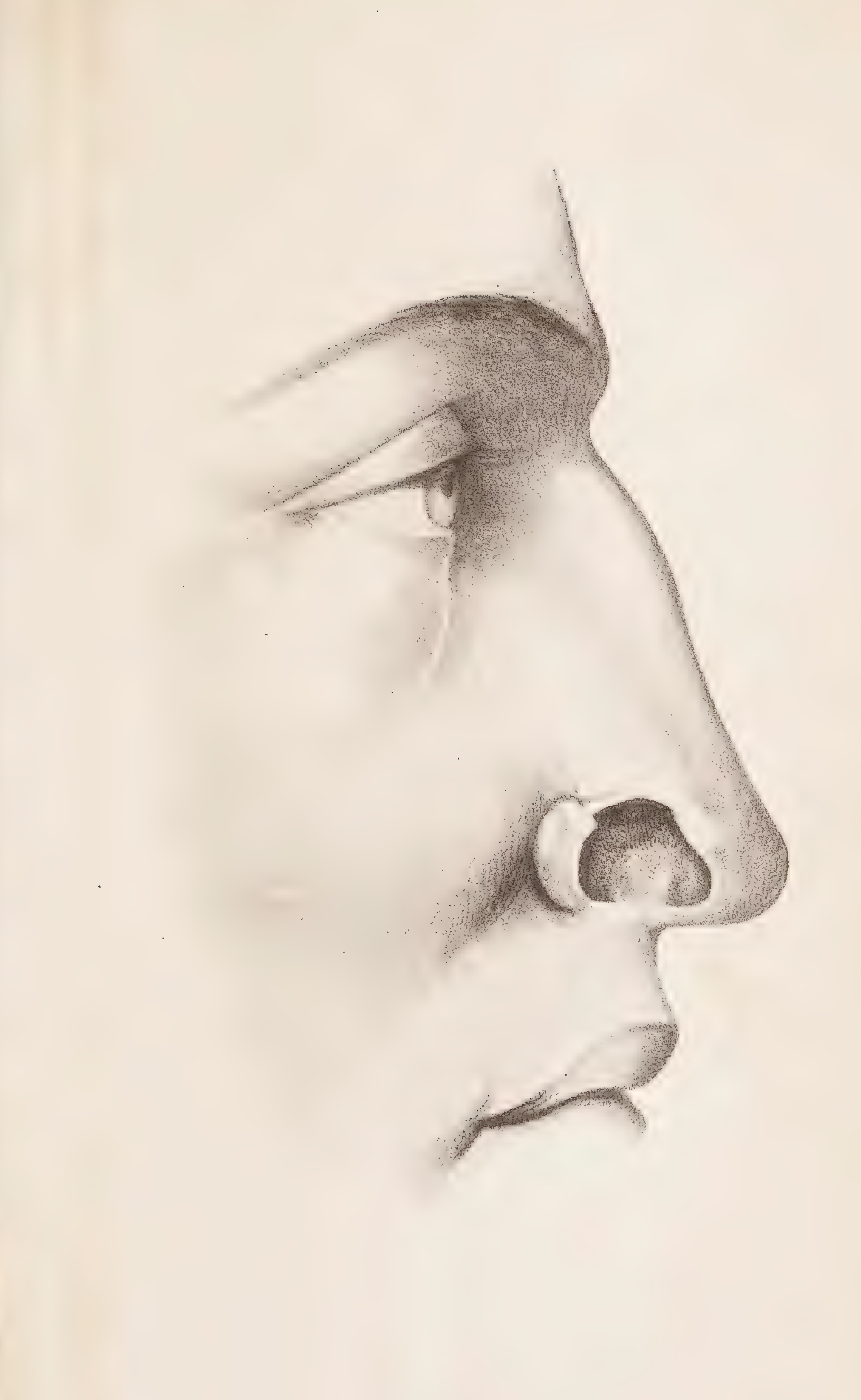
Page 219, ligne 3, au lieu de 3e, lisez 1°.

Page 192, ligne 21, au lieu de *gauche*, lisez *droite*, et à la ligne 22, au lieu de *droite*, lisez *gauche*.

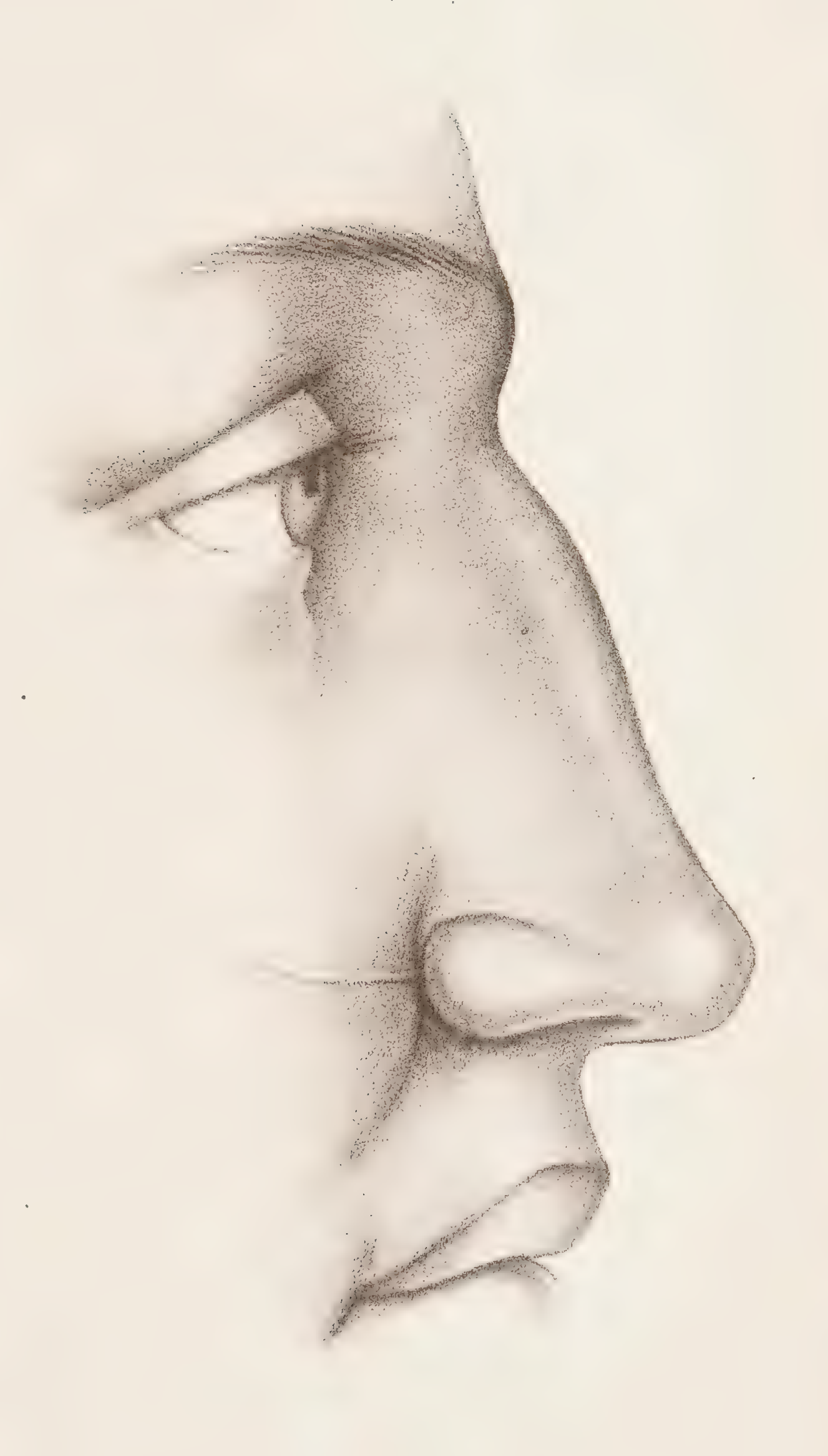
Page 192, ligne 24, au lieu de *les fosses nasales*, lisez *la fosse nasale*.

Pages 119—232—252, ajoutez au commencement de chaque chapitre : *De la rhinophastie*.

Page 260, ligne 5 de la note, au lieu de *quant à l'écharpe*, etc., lisez : *en outre de l'écharpe qui a pour objet de maintenir la main à la hauteur convenable, on peut aussi pour prévenir les les muovemens de la tête, faire usage de quatre lanières*, etc.



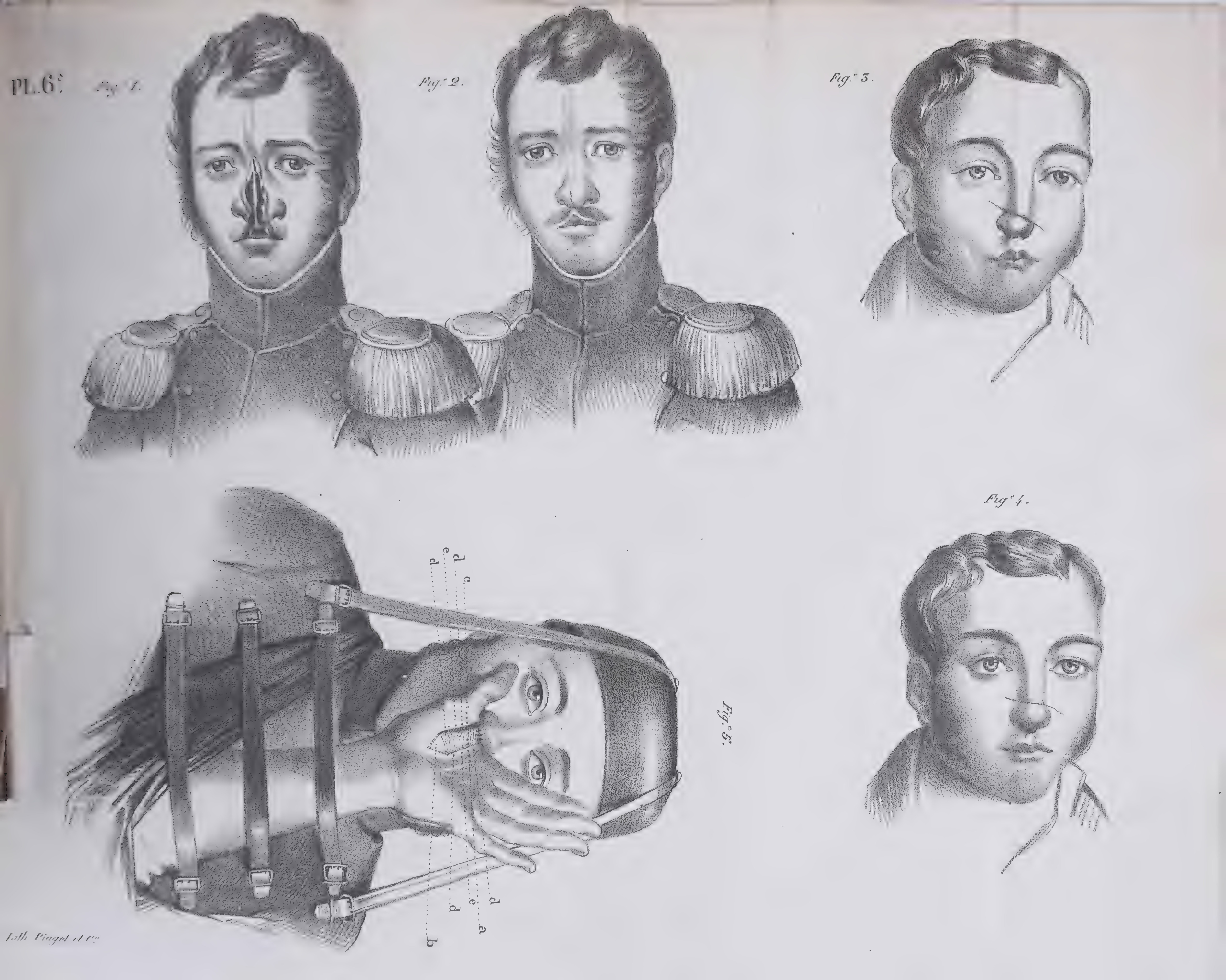
°2.



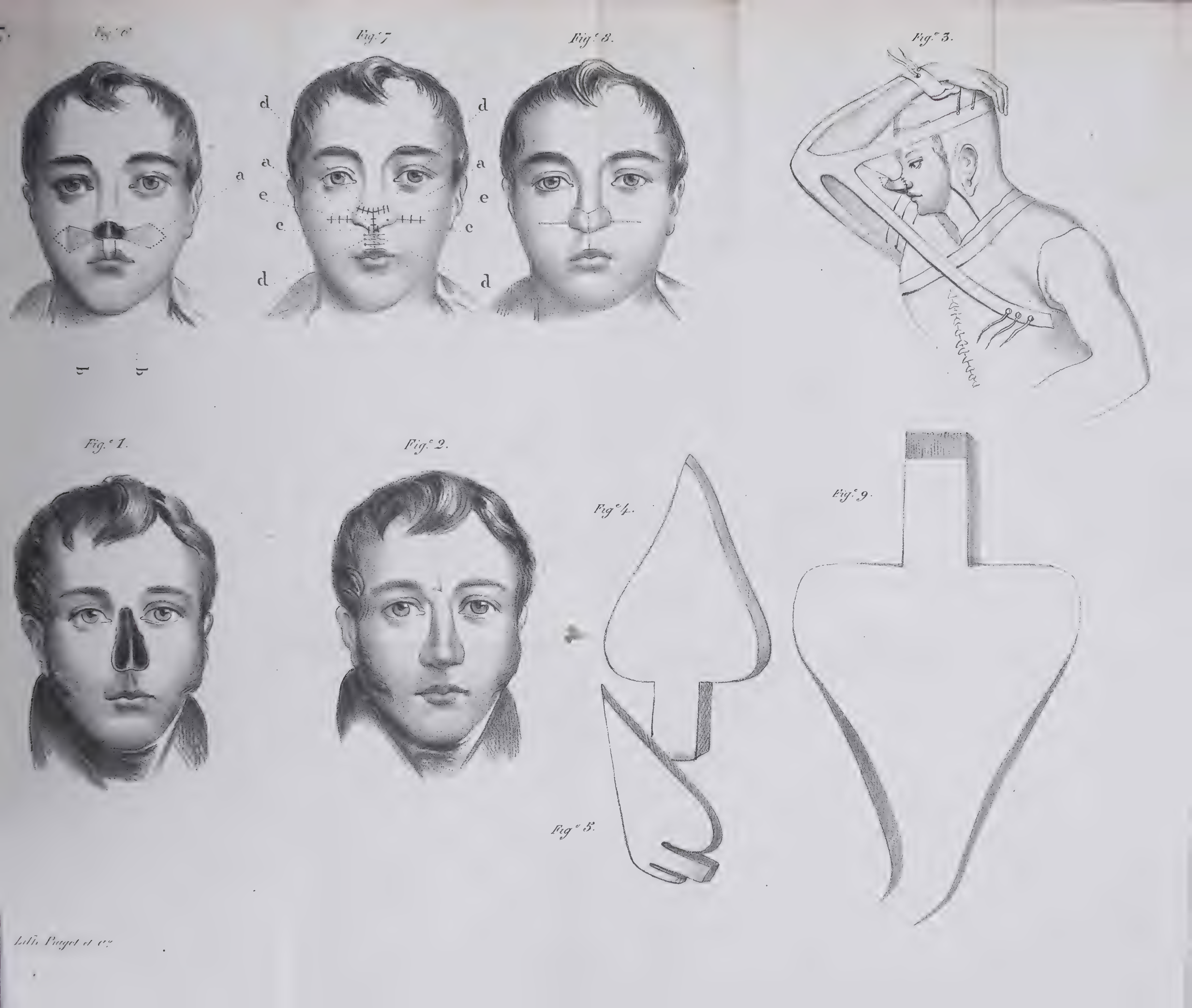
Pl. 1.







Pl. 6.
Fig. 1.
Fig. 2.
Fig. 3.
Fig. 4.
Fig. 5.
e
d
d
c
d
e
d
a
b
Lith. Piaget et Cie


Fig.e 6.
Fig.e 7.
Fig.e 8.
Fig.e 3.
d
d
a
a
a
e
e
c
c
d
d
Fig.e 1.
Fig.e 2.
Fig.e 4.
Fig.e 9.
Fig.e 5.
Lith. Paget et Cie



Lith. Puget et Cⁱᵉ

CATALOGUE

DE

LA LIBRAIRIE MÉDICALE

DE GERMER BAILLIÈRE,

RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, N. 13 BIS;

A PARIS.

Février 1834.

IMPRIMERIE
D'HIPPOLYTE TILLIARD,
RUE DE LA HARPE, 88.

Catalogue

DES LIVRES

DE FONDS ET EN NOMBRE,

QUI SE TROUVENT A LA LIBRAIRIE MÉDICALE

DE GERMER BAILLIÈRE,

RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, N. 13 (BIS), A PARIS.

Sous presse, pour paraître incessamment,

TRAITÉ PHILOSOPHIQUE

DE

MÉDECINE PRATIQUE,

PAR **R. N. GENDRIN**, MÉDECIN DE L'HÔPITAL COCHIN.

3 FORTS VOL. IN-8°.

On éprouve depuis plusieurs années déjà le besoin d'un ouvrage dogmati-
ıe qui réunisse et systématise toutes les parties de la médecine qui s'appli-
ıent spécialement à la connaissance et au traitement des maladies. L'anatomie
ıthologique créée par un grand nombre d'habiles observateurs parmi lesquels
uteur de l'ouvrage que nous annonçons tient une des premières places,
urnit aujourd'hui des données nouvelles pour la connaissance des maladies
ıe l'on chercherait en vain dans les traités de médecine, qui ont été publiés
squ'à ce jour. La découverte des moyens d'exploration que l'on doit au génie
Laennec a étendu et modifié sur beaucoup de points la science pratique du
ıgnostic, si imparfaite encore dans les traités de médecine, même les plus
cents. La thérapeutique pratique a fait aussi des progrès, ne fût-ce que par
pplication clinique des nouvelles méthodes d'investigation, des signes des
aladies. Il est temps de diriger les études médicales dans cette voie qui doit
e en définitif celle où elles aboutissent. C'est principalement dans ces
es que l'ouvrage que nous annonçons a été conçu : les travaux connus
l'auteur, sa position à la tête d'un service d'hopital, doivent faire penser
'il a compris les besoins de notre époque médicale et qu'il y satisfera par la
blication d'un ouvrage éminemment pratique. Les étudiants devront trouver
ns ce traité, le guide le plus sûr pour les diriger au lit des malades, et
médecins devront y reconnaître le tableau systématique fidèle de la méde-
ıe pratique de nos jours.

COURS DE PHRÉNOLOGIE,

OU

PHYSIOLOGIE DES ORGANES EXTERNES DU CERVEAU,

Suivi de quelques réflexions sur les applications qu'on peut en faire à l'éducation et à la morale, et d'un manuel de procédés usités pour recueillir des observations et prendre sur nature des empreintes qui doivent être conservées dans les collections.

PAR **M. A. DUMOUTIER,**

ANCIEN AIDE D'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, PROFESSEUR DE PHRÉNOLOGIE, MEMBRE DE PLUSIEURS SOCIÉTÉS SAVANTES.

NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE CHIMIE

APPLIQUÉE A LA MÉDECINE, A LA PHARMACIE, AUX ARTS ET AUX MANUFACTURES,

PAR **BOUCHARDAT,**

Docteur en médecine et agrégé de la Faculté de médecine de Paris, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Antoine, etc.

1 FORT VOL. IN-8°, AVEC FIGURES.

COURS DE PHYSIQUE,

A L'USAGE DES ÉLÈVES DE PHILOSOPHIE.

PAR PERSON,

Docteur en médecine et agrégé de la Faculté de médecine de Paris, agrégé de l'université, professeur de physique et de chimie au collège royal de METZ, etc.

1 FORT VOL. IN-8°, AVEC FIGURES.

PRÉCIS ENTOMOLOGIQUE

DES ENVIRONS DE PARIS,

Ou Principes élémentaires d'Entomologie, mis à la portée des gens du monde, suivis de descriptions et de figures d'un grand nombre d'insectes, présentant des exemples des genres et des principales espèces qui se trouvent aux environs de Paris,

PAR **M. F. E. GUÉRIN,**

Membre de la Société d'histoire naturelle de Paris, de la Société entomologique de France, etc.

1 VOL. IN-18, AVEC 22 GRAVURES IN-4°, REPRÉSENTANT 600 SUJETS.

LEÇONS DU DOCTEUR AMUSSAT,

Sur toutes les maladies de la vessie, la lithothripsie et la cystotomie postéro-pubienne; publiées sous ses yeux par A. Petit (de l'île de Ré), docteur en médecine de la Faculté de Paris. Un vol. in-8° avec figures.

Cet ouvrage fait suite aux Leçons du docteur Amussat sur les rétentions d'urine causées par les rétrécissements du canal de l'urèthre, etc.

—

SUPPLÉMENT

AU TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE

DES MALADIES DES YEUX,

DU DOCTEUR WELLER,

Qui forme 2 vol. in-8° avec figures coloriées,

PAR **M. SICHEL**,

DOCTEUR EN MÉDECINE DES FACULTÉS DE PARIS ET DE BERLIN, ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE, ETC.

1 VOL. IN-8°.

—

PRÉCIS

DE

PHRÉNOLOGIE,

D'APRÈS LES SYSTÈMES DE GALL ET SPURZHEIM.

Par DANNECY,

Docteur en Médecine de la Faculté de Paris, etc.

I VOL. IN 18. AVEC FIGURES.

—

POUR FAIRE SUITE AUX

Leçons orales de Clinique chirurgicale

DE M. LE BARON DUPUYTEN.

LEÇONS

DE

CLINIQUE MÉDICALE,

PROFESSÉE A L'HOTEL-DIEU DE PARIS,

PAR **M. CHOMEL**,

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RECUEILLIES ET PUBLIÉES SOUS SES YEUX,

PAR **M. GENEST**,

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS, ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A L'HÔTEL-DIEU DE PARIS.

2 VOL. IN-8° BR., 14 FR.; ET *franco* PAR LA POSTE, 17 FR.

Le tome premier est en vente, et le second sera publié à la fin d'avril prochain.

On ne peut souscrire que pour les deux volumes, et en prenant le premier on est obligé de payer d'avance l'ouvrage entier.

NOUVELLES PUBLICATIONS.

LEÇONS ORALES

DE CLINIQUE CHIRURGICALE,

FAITES A L'HOTEL-DIEU DE PARIS,

PAR M. LE BARON DUPUYTREN,

CHIRURGIEN EN CHEF,

RECUEILLIES ET PUBLIÉES PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

Paris, 1832. — 1834, 4 vol. in-8, br. 34 francs.

Les Tomes 3 et 4 séparément, 17 fr.

L'idée de publier les Leçons cliniques d'un homme qui s'est élevé au premier rang des célébrités contemporaines, nous a paru heureuse, et l'exécution de ce projet un service éminent rendu à la science, aux élèves et aux praticiens. Chacun avait pu, comme nous, pressentir l'accueil destiné à cette publication importante, et calculer tout l'intérêt qu'elle devait exciter. Une chose paraît aujourd'hui surprenante, c'est que, pendant vingt-cinq ans d'une carrière brillante parcourue jusqu'ici par l'illustre chirurgien, personne n'ait songé à porter au loin dans le monde médical, par une publicité régulière et méthodique, des leçons aussi variées et aussi instructives. Nous avons entrepris cette tâche : deux années déjà sont écoulées ; elles nous ont fourni les matériaux de quatre volumes de plus de 600 pages chacun, dans lesquels a été approfondi un grand nombre de questions importantes de la chirurgie ; et, loin de nous être trompés dans nos prévisions, nous pouvons hautement annoncer qu'elles ont été dépassées.

Les hommes de l'art placés à la tête des établissements publics en France et à l'étranger, les praticiens de tous les pays et les élèves des diverses facultés, presque en masse, ont récompensé nos efforts par de nombreuses souscriptions.

Voici les principaux sujets traités dans ces quatre volumes.

1o Les rétractions permanentes des doigts : leur diverses causes et leur diagnostic différentiel.

2o La Cataracte : ses diverses espèces, les procédés opératoires et le traitement.

3o Les Engorgemens inflammatoires, scrofuleux et vénériens des testicules.

4o L'Emphysème traumatique par suite de fracture des côtes et de déchirure du poumon et de la plèvre ; l'Emphysème traumatique des paupières ; l'Emphysème de la région temporale, suite de la fracture du sinus frontal.

5o La Carie de la Colonne vertébrale : les trajets fistuleux, et les abcès symptomatiques.

6o L'Hydro-Sarcocèle (Cas remarquable sous le rapport des difficultés du diagnostic.)

7o La Chute du rectum : les méthodes de traitement, suivies de considérations générales.

8o Le délire nerveux.

9o Les Fractures de l'extrémité inférieure du péroné, et les luxations du pied.

10o Les Anévrysmes faux de l'artère brachiale.

11o Les *Fractures de la Rotule.*

12° Les *Considérations* générales sur le traitement des fractures des extrémités : description et mode d'application des bandages.

13o L'Excision des *Bourrelets hémorrhoïdaux.*

14° La *Luxation des vertèbres*, et les maladies qui la simulent.

15o Les *Brûlures* : leurs causes, leurs divers degrés, leurs complications, leurs caractères anatomiques, leur traitement ; les moyens de diriger convenablement la cicatrisation des plaies produites par les brûlures, et d'obtenir une bonne cicatrice ; les caractères physiques, anatomiques et pathologiques des cicatrices qui succèdent aux brûlures ; les moyens de corriger les difformités, et de remédier aux lésions de fonctions résultant de cicatrices vicieuses, suite de brûlures.

16o Les *Tumeurs fibro-celluleuses enkystées*, connues sous le nom de ganglions ou tubercules nerveux.

17o L'*Étranglement* au collet du sac herniaire.

18o Les *Fractures* du col du fémur : leurs causes et leurs traitemens.

19° Les *Plaies du cœur* : leurs causes, leurs symptômes et les indications curatives.

20° Les *Anus contre nature* : les dispositions anatomiques, les effets, le siége, le pronostic, le diagnostic et le traitement.

21o Le *Phlegmon diffus* : les caractères distinctifs et le traitement.

22o La *Taille :* les principaux symptômes de la présence des calculs ; l'anatomie des régions ; le traitement préliminaire et les procédés opératoires.

23o Les *Blessures* par armes à feu : les degrés et complications des blessures par armes à feu ; le traitement en général, le débridement, l'amputation, le traitement de l'anévrysme artérioso-veineux ; de la stupeur, de la commotion et du tétanos, etc.

24o Les *Kystes* qui se développent dans l'épaisseur des os et leurs différentes espèces : nature des produits contenus dans les kystes, causes, siége, diagnostic, marche, pronostic et traitement.

25o Les *Kystes séreux* contenant des petits corps blancs appelés *Kystes hydatiques* : nature de ces corps ; symptômes, diagnostic et moyens curatifs.

26o L'*Ongle rentré dans les chairs* : causes, symptômes, et les procédés opératoires.

27o Les *Luxations de l'humérus* : symptômes de la luxation et difficultés de diagnostic ; des causes de l'alongement du bras dans cette luxation ; fréquence des *luxations scapulo-humérales* et ses causes ; différentes espèces de luxation de l'épaule ; signes différentiels de la luxation de l'épaule et de la fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus ; difficultés que présentent les luxations anciennes pour le diagnostic ; symptômes qui les distinguent de la fracture ; traitement général des luxations anciennes, etc., etc

28o Les *Dilatations vitales et mécaniques de l'urèthre.*

29o Le *Pied-bot* et l'atrophie suivant la longueur et l'épaisseur du membre : pied-bot externe ou *varus ;* pied bot interne ou *valgus ;* pied-bot dorsal ; causes ; époque à laquelle il faut employer les moyens de traitement.

30o *Déchirure centrale du périné* pendant l'accouchement : causes et traitement.

31o Les *Tumeurs* et *Fistules lacrymales* : distinction entre la tumeur et la fistule lacrymale, origine et développement de la tumeur, symptômes, deuxième période de la tumeur et formation de la fistule, origine de la maladie et de ses causes, traitement dans ses diverses périodes et les diverses circonstances qui l'accompagnent.

32o La *Fissure à l'anus* : définition, symptômes, causes, moyens de traitement, insuffisance de plusieurs d'entre eux, méthode de M. Dupuytren sans opération, cas où l'opération est indispensable.

33° La *Grenouillette* ou *Ranule* : définition, causes, substances diverses contenues dans les tumeurs, symptômes et marche, nombreux moyens de traitement mis en usage, leur insuffisance, indications curatives, méthode de traitement imaginée par M. Dupuytren.

34° Les *Abcès de la fosse iliaque droite* : siége de ces tumeurs, symptômes précurseurs, causes prédisposantes, symptômes propres, causes occasionelles, diagnostic, pronostic et traitement.

35° *Considérations pratiques* sur l'emploi des cautères et des moxas.

36° Les *Tumeurs hydatiques* développées dans les muscles et dans les viscères : différences des acéphalocystes et des vésicules morbifiques, symptômes observés chez les individus qui avaient des hydatiques. Guérison spontanée des kystes, etc.

37° La *Fracture* de l'extrémité inférieure de l'humérus simulant la luxation du coude en arrière : moyens de reconnaître la fracture de la luxation; symptômes, causes et traitement.

38° L'*Exostose* de la face supérieure de la dernière phalange du gros orteil; symptômes, causes, dissection de la tumeur et procédé opératoire.

39° Les *Tumeurs fibro-celluleuses de l'utérus*, vulgairement appelées *polypes de la matrice* : chute spontanée des polypes par suite de gangrène, motifs pour lesquels M. Dupuytren a abandonné la ligature et emploie exclusivement l'excision, définition des polypes fibreux, leur siége en général, polypes à pédicule et sans pédicule, causes du degré d'accroissement des polypes, structure anatomique des polypes, fréquence de cette affection, causes prédisposantes et occasionelles, symptômes et signes, polypes nés dans la cavité de la matrice, diagnostic des polypes nés dans la cavité utérine, symptomatologie et diagnostic des polypes développés dans les parois de la matrice, à la surface péritonéale, en dehors et autour du col de la matrice, propositions générales sur le pronostic, diagnostic différentiel, traitement préparatoire et des symptômes, danger des moyens pharmaceutiques, exposition des divers procédés opératoires.

40° *Observations de Trachéotomie* : nécessité de l'opération, position à donner au malade pendant et après l'opération, signe caractéristique, mode de pansement.

41° *Les Tumeurs érectiles et les fongus hémathodes.* Description du tissu érectile anormal, moyens employés contre ces tumeurs, cas où doivent être employés la ligature, les caustiques et l'extirpation; cas où le tissu érectile doit être respecté. *Fongus hémathode.* Description de cette maladie; tumeurs enkystées; fongus hémathode dans l'épaisseur du sein; le fongus hémathode est difficile à reconnaître; causes, symptômes, moyens de traitement; l'extirpation ou l'amputation, etc.

42° Le *Bec-de-lièvre* : considérations sur l'époque de l'opération. Nouveau procédé de M. Dupuytren; conduite à tenir quand il y a un tubercule median saillant avec deux scissures latérales prononcées.

43° L'*Ophthalmie blennorrhagique, les taies de la cornée, l'inflammation de la rétine :* causes de la maladie, traitement de M. Dupuytren.

44° *La formation du cal*, moyens de remédier au cal vicieux ou difforme, phénomènes du cal, cal provisoire, cal définitif, redressement du cal vicieux, moyens employés pour faire céder le cal.

45° Les *Fractures de l'extrémité inférieure du radius simulant les luxations du poignet.* Opinion des auteurs et de M. Dupuytren. Description anatomique, chute sur le poignet, effets, causes de la fréquence de ces fractures, relevés des fractures, âges, causes, siége, chute sur le dos de la main. De l'entorse, fractures simples et compliquées, signes de la fracture de l'extrémité inférieure du radius, diverses espèces de déplacement, diagnostic, dangers de la fracture méconnue, méthode de traitement.

46° *Doctrines et procédés opératoires de M. Dupuytren dans les amputations* : énonciation générique des cas où il faut pratiquer l'amputation ; historique et généralités sur les amputations, amputations et désarticulations des membres thoraciques et abdominaux suivant les procédés de M. Dupuytren; inconvéniens attachés à quelques procédés suivis par d'autres chirurgiens; moyens de suspendre le cours du sang pendant l'opération, moyens hémostatiques définitifs ; du pansement; de la réunion par première et deuxième intention ; de la suture ; des accidens consécutifs, etc., etc.

47° L'*Hydrocèle et de ses principales variétés* : avec le mode de traitement.

48° Le *traitement du goître par le séton*, suivi de remarques sur l'iode.

49° *Les préparations d'arsenic* contre les ulcérations cancéreuses et autres affections rongeantes.

50° *La gangrène symptomatique par suite d'artérite* : étiologie; causes prédisposantes, sexe, saison, traitement ; de l'utilité de l'opium ; de l'amputation.

51° *Les luxations de l'extrémité inférieure du cubitus* : rareté de ces luxations; conduite à tenir dans le cas de luxation avec rupture des tégumens.

52° *La ligature des principaux troncs artériels* ; 1re division : ligature des artères entre le cœur et les tumeurs anévrismales ; de la compression et du compresseur ; préceptes à suivre dans la ligature des artères, diagnostic ; observations de ligatures des artères sous-clavière et procédé pour découvrir l'iliaque externe. 2e division : ligature des artères entre les tumeurs anévrismales et les vaisseaux capillaires; chances favorables et défavorables à cette méthode.

53° Les anévrismes qui compliquent les fractures et les plaies d'armes à feu, et leur traitement par la méthode d'Anel.

54° L'*Amputation de la mâchoire inférieure* : Description de l'opération, suite de l'opération, quelles maladies la réclament ; opérations diverses suivant la profondeur du mal, difficultés de diagnostics ; moyens d'arrêter l'hémorrhagie ; accidens immédiats et consécutifs ; résultats généraux des amputations de la mâchoire inférieure pratiquées par M. Dupuytren.

55° La *Résection de la mâchoire inférieure* : Considérations sur les résections en général; distinction entre l'amputation et la résection de la mâchoire ; histoire remarquable d'une résection de la mâchoire par suite d'une fracture ancienne occasionée par une arme à feu, et non consolidée.

LIVRES DE FONDS ET EN NOMBRE.

ABERCROMBIE. Traité sur les maladies de l'encéphale et de la moelle épinière, avec des Recherches pathologiques et pratiques sur ces affections. Deuxième édition, traduite de l'anglais, et augmentée de notes très nombreuses ; par A.-N. GENDRIN, médecin de l'hôpital Cochin. *Paris*, 1832. un fort vol. de 656 pag. in-8. 8 fr.

Cet ouvrage se recommande sur-tout à cause des faits curieux qui s'y trouvent sur les inflammations et les tubercules encéphaliques, les apoplexies, les maladies organiques du cerveau, les maladies de la moelle épinière et de ses membranes, et un précis général sur les maladies des nerfs.

Le traité d'Abercrombie renferme une masse considérable de faits intéressants, qui ont conduit l'auteur à tirer des conséquences utiles pour la pathologie et le traitement, et à offrir ainsi à tous les médecins une source réelle et abondante d'instruction. La masse de ces faits est encore augmentée par le traducteur, M. *Gendrin*, qui a ajouté des récits de maladies remarquables, soit par les symptômes, soit par les lésions anatomiques. Le tout forme une *vraie clinique d'affections cérébrales.*

ALANÇON (Edward). Manuel pratique de l'amputation des membres; traduit de l'anglais par Lassus. *Paris*, 1784, 1 vol. in-12, br. 1 fr. 50 c.

AMUSSAT. Table synoptique de la Lithotripsie et de la Cystotomie hypogastrique ou mieux postéro-pubienne, 1 feuille grand aigle à 8 colonnes avec figures. Paris, 1832. — Prix. 3 f. 50 c.

Idem, in-4° cart. 3 f. 50 c.

Cette table est partagée en deux grandes divisions : la première, consacrée toute entière à l'histoire et aux progrès chronologiques de la lithothripsie, se subdivise elle-même en deux sections, la première embrasse tout ce qui a rapport à l'art de détruire la pierre, depuis le temps d'Hippocrate jusqu'en 1822, et démontre combien cette longue période a été stérile pour la lithothripsie; la seconde comprend tous les documents relatifs à la découverte de la lithothripsie et à son perfectionnement, depuis le moment où M. Amussat a donné l'impulsion à cette opération, par ses travaux sur l'urètre.

La seconde division, consacrée à la partie dogmatique, peut servir de manuel à tous ceux qui veulent apprendre méthodiquement la lithotripsie et la cystotomie.

AMUSSAT. Concrétions urinaires de l'espèce humaine, classées sous le double rapport de leur volume et de leur forme, pour servir à indiquer les difficultés que l'on peut rencontrer en pratiquant la lithotripsie et la cystotomie. Paris, 1832, une feuille grand in-fol., avec 78 figures. 2 f. 50 c.

Idem, avec fig. coloriées 6 fr. 50 c.

AMUSSAT. Leçons sur les rétentions d'urine, causées par les rétrécissements du canal de l'urètre, et sur les maladies de la prostate, publiées sous ses yeux par M. A. Petit (de l'île de Ré), docteur en médecine de la Faculté de Paris. *Paris*, 1832, 1 vol. in-8, br. avec 3 planches. 4 fr. 50 c.

ANDRAL. An antiquorum doctrina de crisibus et diebus criticis admittenda, an in curandis morbis et presertim acutis observanda? Parisiis, 1824, in-4°, br. 2 fr. 50 c.

ARDEVOL (Jaime). Apuntes acerca la cardite intertropical llmada vulgarmente fiebre amarilla, y vomito negro de los espagnôles con indicacion de los principales incidentes que precedieron a la ultima epidemia de Gibraltar. *Paris*, 1833, 1 vol. in-8. 7 fr.

AUDOUARD. De l'Empyème : cure radicale obtenue par cette opération, avec des observations pratiques. *Paris*, 1808, in-8, br. 2 fr. 50 c.

— Nouvelle thérapeutique des fièvres intermittentes, exposée dans trois mémoires, *Paris*, 1812, in-8, br. 3 fr. 25 c.

BARBERET. Recueil de Mémoires et Observations pratiques sur l'épizootie, avec des notes; par Bourgelat. *Lyon*, 1808, in-8. 3 fr. 30 c.

BAUDELOCQUE. Principes sur l'art des accouchements, par demandes et réponses, en faveur des élèves sages-femmes; 6e édition, enrichie de trente gravures propres à en faciliter l'étude, précédée de l'éloge de l'auteur, par *Leroux*, et d'une notice sur sa vie et ses ouvrages, par *Chaussier*. *Paris*, 1830, un gros vol. in-12, fig. br. 7 fr. 50 c.

Cet ouvrage est adopté par l'administration des hôpitaux de Paris pour l'enseignement des élèves sages-femmes de l'hospice de la Maternité.

BAUDELOCQUE (A. C.). Traité de la péritonite puerpérale. *Paris*, 1830, 1 vol. in-8° br. 6 fr. 50 c.

BAUMES. Traité des fièvres intermittentes et des indications qu'elles fournissent pour l'usage du quinquina. *Montpellier*, 1821, 2 vol. in-8, br. 12 fr.

BAUMES. Traité de l'amaigrissement des enfants, accompagné de l'élévation et de la dureté du ventre : maladie du mésentère vulgairement connue sous le nom de carreau; 2e édition. *Paris*, 1806, in-8, br. 2 fr.

BAUMES. Traité de l'Ictère ou jaunisse des enfants de naissance; 2e édition. *Paris*, 1806. 1 fr. 50 c.

BAUMES. Traité de la Phthisie pulmonaire, connue vulgairement sous le nom de maladie de poitrine ; 2e édition. *Paris*, 1805, 2 vol. in-8, br. 12 fr.

BELMAS. Recherches sur un moyen de déterminer des inflammations adhésives dans les cavités séreuses. *Paris*, 1831, in-4, fig. br. 3 fr.

BÉRARD et LAVIT. Essai sur les Anomalies de la variole et de la varicelle, avec l'histoire analytique de l'épidémie éruptive qui a régné à Montpellier en 1816. *Montpellier*, 1818, 1 vol. in-8, br. 4 fr.

BOURGERY. Traité de petite chirurgie. *Paris*, 1829, 1 vol. in-8. br. 7 fr.

BERTRAND (C. A. H. A.) Manuel médico-légal des poisons introduits dans l'estomac, et des moyens thérapeutiques qui leur conviennent ; suivi d'un plan d'organisation médico-judiciaire et d'un tableau de classification générale des empoisonnements. *Paris*, 1817, in-8, br. 6 fr.

BIESSY (C. V.) Manuel pratique de la médecine légale, tome 1er. *Lyon*, 1821, in-8, broc. 6 fr.

BIETT. Manuel pratique des maladies de la peau, appelées *syphilides*. (Voyez Humbert, etc.)

BLANDIN. Diversæ in abdomen liquidorum effusiones, etc. (Thèse qui a fait obtenir à l'auteur la place d'agrégé à la Faculté de Médecine de Paris). *Paris*, 1827, in-4°, br. 1 fr. 25 c.

BLANDIN (Ph. Fréd.) Traité d'anatomie topographique, ou Anatomie des régions, considérée spécialement dans ses rapports avec la Chirurgie et la Médecine opératoire. *Paris*, 1834. 2e édit. considérablement augmentée. Un fort vol. in-8, et atlas in-fol. de vingt planches. 23 fr.
Idem, fig. col. 40 fr.
L'Atlas séparément, fig. n. 16 fr.
Idem, fig. col. 32 fr.

Formé à l'école de Béclard, exercé de longue main à l'art de l'anatomiste et du chirurgien par une suite d'épreuves dont il est toujours sorti avec honneur, et par un enseignement soutenu, M. Blandin était dans des circonstances très favorables pour la composition d'un ouvrage de cette nature. Aussi la lecture du *Traité d'Anatomie topographique* ne dément-elle pas les espérances que pouvait donner le nom de l'auteur. Richesse de faits, descriptions exactes et souvent neuves, applications nombreuses et toujours utiles des connaissances anatomiques à la pratique de la médecine et de la chirurgie, méthode rigoureuse et appropriée au sujet, telles sont les qualités principales qui distinguent cet ouvrage et en font un *compendium* dans lequel non-seulement les élèves, mais encore les chirurgiens qui cultivent leur art avec ardeur, pourront puiser des connaissances solides et des documents précieux.

BLAINVILLE (DUCROTAY). Cours de physiologie générale et comparée, professé à la Faculté des sciences de Paris. Paris, 1833, 3 vol. in-8, br. 18 f.

Cet ouvrage comprend la définition, la distinction, les moyens et la matière de la physiologie, suivis du plan et de l'ordre à adopter dans son enseignement. Il traite aussi de la composition physique, chimique, anatomique et microscopique des animaux, ainsi que de l'action des modificateurs externes généraux sur l'organisme en masse, mort et vivant.

BODARD. Des engorgements des glandes, vulgairement connus sous le nom de scrofules, écrouelles ou humeurs froides ; troisième édition. *Paris*, 1816, in-8. br. 2 fr.

BOUILLAUD. Recherches cliniques et expérimentales sur les fonctions du cerveau en général, tendant à réfuter l'opinion de M. Gall sur les fonctions du cervelet, et à prouver que cet organe préside aux actes de l'équilibration, de la station et de la progression. *Paris*, 1827, in-8, br. 2 fr.

BOURDET. Recherches et observations sur toutes les parties de l'art du dentiste. *Paris*, 1786, 2 vol. in-12, fig. 5 fr.

BRACHET. Recherches expérimentales sur les fonctions du système nerveux ganglionnaire et sur leur application à la pathologie. (*Ouvrage couronné par l'Institut de France.*) *Paris*, 1830, 1 vol. in-8, br. 7 fr.

BRACHET. De l'emploi de l'opium dans les phlegmasies des membranes muqueuses, séreuses et fibreuses; suivi d'un Mémoire sur les fièvres intermittentes. *Paris*, 1828, 1 vol. in-8, br. 6 fr.

BRACHET. Recherches sur la nature et le siége de l'hystérie et de l'hypochondrie, et sur l'analogie et les différences de ces deux maladies. *Paris* 1832, 1 vol. in-8 3 fr. 50 c

BRACHET. Mémoire sur l'asthénie. (Ouvrage couronné par la Société de Médecine de Bordeaux.) *Paris*, 1829, 1 vol. in-8. 3 fr. 50c.

BRÉE. Recherches pratiques sur les désordres de la respiration; distinguant spécialement les espèces d'asthme convulsif; leurs causes et indications curatives. Traduit de l'anglais par *Ducamp*, *D. M. P. Paris*, 1819, in-8 br. 5 fr. 50c.

BRERA. Traité des maladies vermineuses, précédé de l'histoire naturelle des vers et de leur origine dans le corps humain. Trad. de l'italien par MM. *Bartoli* et *Calvet*, *D. M. P. Paris*, 1804, 1 vol. in-8 de 400 pages, avec 5 pl., représentant 64 sujets. 5 fr. 50c.

BRIERRE DE BOISMONT. Considérations pratiques sur la Gripe; son histoire, sa nature et son traitement. *Paris*, 1833, in-8, br. 50 c.

BRIERRE DE BOISMONT. Anthropotomie, ou traité élémentaire d'anatomie, contenant : 1° les préparations anatomiques; 2° l'anatomie descriptive; 3° l'embryologie; 4° les principales régions du corps humain, avec des notes extraites du cours de PH. FRÉD. BLANDIN, agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Nouvelle édition. *Paris*, 1832, un fort vol, br. 7 fr.

Les traités d'anatomie représentant l'état de nos connaissances, au moment de leur publication, sont très propres à montrer les acquisitions nouvelles faites dans le domaine de la science. Sous ce rapport, l'ouvrage de M. Brierre, bien que d'une nature tout-à-fait élémentaire, fournit des arguments sans réplique en faveur des travaux des anatomistes modernes. On y trouve, en effet, des faits importants relatifs à l'anatomie du système nerveux; à la texture de la peau, de la langue, de la rate, du cœur; à la conformation de plusieurs aponévroses; au développement de la plupart des organes et des os en particulier; à la disposition de plusieurs parties vasculaires et nerveuses; aux connexions des organes entre eux, etc.

Ces faits, ignorés ou méconnus, il n'y a qu'un petit nombre d'années, témoignent assez que les recherches des anatomistes de nos jours n'ont pas été vaines, et que la science était encore susceptible de progrès réels. Le but particulier que s'est proposé M. Brierre, en publiant cet ouvrage, a été de resserrer dans un cadre peu étendu ce qu'il y a de plus essentiel à connaître pour ceux qui se livrent à l'étude de l'anatomie. Il eût été difficile de réunir plus de choses en aussi peu d'espace : indication des procédés de l'art de la dissection; description détaillée de tous les organes, comprenant les notions communes à chaque genre, leur développement, leurs principales variétés, et même leurs usages; esquisse rapide du fœtus et des organes qui lui sont propres; exposé sommaire des régions du corps qu'il est le plus important de connaître, voilà tout ce que contient le *Traité élémentaire d'anatomie*, que l'on peut regarder en quelque sorte comme une *bibliothèque anatomique*, pouvant remplacer à l'amphithéâtre tout le bagage scientifique que l'élève est obligé d'y traîner à sa suite.

BRIERRE DE BOISMONT Considérations médico-légales sur l'interdiction des aliénés, présentées à l'Académie royale des sciences. *Paris*, 1830, in-8, br. 1 fr. 50 c.

BRIERRE DE BOISMONT. Relation historique et médicale du Choléra-Morbus de Pologne, comprenant l'apparition de la maladie, sa marche, ses progrès, ses symptômes, son mode de traitement et les moyens préservatifs. *Paris*, 1832, 1 vol. in-8 avec une carte. 5 f.

BRIERRE DE BOISMONT. Des premiers secours à donner aux personnes atteintes du Choléra-Morbus, et des moyens préservatifs. *Paris*, 1832, in-8° br. 25 cent.

BRIERRE DE BOISMONT. Des établissements d'aliénés en Italie. *Paris*, 1833, in-8°, br. 2 fr.

BRIERRE DE BOISMONT. De la pellagre et de la folie pellagreuse; observations recueillies au grand hôpital de Milan. (*Mémoire lu à l'académie des sciences, dans la séance du* 30 *novembre* 1830.) 2e édition, corrigée et augmentée, Paris 1834, in-8°. 2 fr. 50. c.

BRIOT. Essai sur les tumeurs formées par le sang artériel. *Paris*, 1804, in-8, broc. 1 fr. 80 c.

BROQUA. Mémoire snr un accouchement laborieux. *Paris*, 1824, in-8. 1f. 50c.

BROUSSAIS (F. J. V.) Recherches sur la fièvre hectique, considérée dépendante d'une lésion d'action des différents systèmes, sans vice organique. *Paris*, 1803, in-8, br. 2 fr.

BRU. Méthode nouvelle de traiter les maladies vénériennes par les gâteaux toniques mercuriels, sans clôture, et parmi les troupes, sans séjour d'hôpital; éprouvée dans les ports du royaume. *Paris*, 1789, 2 vol. in-8, br. 8 fr.

BRUNAUD. De l'Hygiène des gens de lettres, ou Essai médico-philosophique sur les moyens les plus propres à développer ses talents et son aptitude naturelle pour les sciences, sans nuire à sa santé et sans contracter de maladies. Paris, 1819, in-8, br. 7 fr.

BUCHEZ et TRELAT. Précis élémentaire d'hygiène. *Paris*, 1825, in-12, broc. 1 fr. 50 c.

BULLIARD. Dictionnaire élémentaire de Botanique, revu par *L.-C. Richard*, professeur de botanique à l'Ecole de Médecine; précédé d'un Dictionnaire botanique latin-français, et orné de 20 planches gravées en taille douce. *Paris*, 1800, 1 vol. in-8. 6fr.

CAILLARD. Mémoire sur les dangers des émanations marécageuses, et sur la maladie épidémique observée à Pantin et dans plusieurs autres communes voisines du canal de l'Ourcq, en 1810, 1811, 1812, 1813. *Paris*, 1816, in-8, br. 2 f. 50 c.

CAILLOT. Traité de la Fièvre jaune. *Paris*, 1815, in-8, br. 5 fr.

CAMPAIGNAC (J. A. J.). Considérations sur la Grippe, maladie épidémique qui a régné à Paris, en juin 1831. *Paris*, 1831, in-8, br. 1 fr. 50 c.

CAMPARDON. Du courage dans les maladies. (*Mémoire couronné au concours ouvert par M. le professeur Alibert à l'hôpital Saint-Louis, en* 1818). *Paris*, 1819, in-8, br. 1 fr. 25 c.

CAPURON. Aphrodisiographie ou Tableau de la maladie vénérienne; dans lequel on expose les causes et les symptômes, avec les méthodes les plus faciles et les plus sûres de la traiter sans compromettre la santé des individus. *Paris*, 1807, in-8. broch. 4 fr. 50 c,

CAPURON. Cours théorique et pratique d'accouchements, dans lequel on expose les principes de cette branche de l'art, les soins que la femme exige pendant et après le travail, ainsi que les éléments de l'éducation physique et morale de l'enfant. *Paris*, 1830. In-8°, br. 9 fr.

CARBONELL. Éléments de pharmacie fondés sur les principes de la chimie moderne, trad. de l'original latin; nouvelle édition augmentée par l'auteur, revue et corrigée par *P. Poncet*. *Paris*, 1812, in-8, br. 2 fr. 50 c.

CAUCANAS. Annuaire médico-chirurgical, ou Répertoire général de clinique. *Paris*, 1826. 1 vol. in-8. 8 fr.
Ouvrage très-utile aux élèves en médecine et en chirurgie qui suivent la clinique des hôpitaux, et aux médecins, chirurgiens et officiers de santé qui désirent se tenir au courant des progrès de la médecine et de la chirurgie pratiques.

CEZAN (de). Manuel antisyphilitique, ou le Médecin de soi-même dans la cure des maladies vénériennes. *Genève*, 1789, in-12, br. 2 fr. 50 c.

CHAUSSIER (Hector). Histoire des infortunés qui ont été enterrés vivants. *Paris*, 1833, in-8. 1 fr. 50 c.

CHAUSSIER. Observations chirurgico-légales sur un point important de la jurisprudence criminelle. *Dijon*, 1790, in-8, br. 1 fr. 50 c.

CHAUSSIER. Planches anatomiques à l'usage des jeunes gens qui se destinent à l'étude de la chirurgie, de la médecine, de la peinture et de la sculpture, dessinées par M. Dutertre, avec des notes et explications suivant la nomenclature méthodique de l'anatomie et des tables synoptiques; 3e édition corrigée, augmentée. *Paris*, 1833, in-4° avec 20 planches. 12 fr.

CHERVIN. Examen des principes de l'administration en matière sanitaire, ou réponse au discours prononcé à la chambre des députés, le 31 mai 1826, par M. de Boisbertrand. *Paris*, 1827, in-8, br. 3 fr. 50 c.

CHOPART, Traité des maladies des voies urinaires; nouvelle édition, revue, corrigée, augmentée de notes et d'un Mémoire sur les pierres de la vessie et sur la lithotomie; par Felix Pascal, D. M. P. *Paris*, 1830, 2 vol. in-8, br. 12 fr.

Il y a environ trente ans que Chopart a publié cet ouvrage pour la première fois. Depuis cette époque, les découvertes en médecine s'étant multipliées d'une manière extraordinaire, l'addition d'un grand nombre de notes, qui missent ce livre au niveau de nos connaissances, semblait indispensable; aussi M. le docteur Félix Pascal s'est-il acquitté de cette tâche d'une manière très honorable. Il a revu avec soin toutes les parties de l'ouvrage, respecté scrupuleusement le style de l'auteur, et outre toutes les additions qu'il a faites, il a joint un mémoire remarquable sur les *pierres vésicales*, et les opérations qu'il convient de mettre en usage pour les extraire.

Cet ouvrage peut être considéré comme le meilleur et le plus complet de tous ceux qui ont été publiés jusqu'à ce jour. On y trouve un traité sur les altérations de l'urine, les maladies des reins, des urètres de la vessie, le cathétérisme, les calculs vésicaux et la lithotomie.

COCHE. De l'opération médicale du recrutement et des inspections générales (ouvrage renfermant toutes les questions d'aptitude et d'incapacité pour le service militaire.) *Paris*, 1829, 1 vol in-8°, br. 6 fr.

COLOMB. Œuvres médico-chirurgicales, contenant des observations et dissertations sur diverses parties de la médecine et de la chirurgie; *Lyon*, 1798, in-8, br. 5 fr.

COMTE. **De l'Hydropisie de poitrine et des Palpitations du cœur promptement dissipées par la digitale pourprée. 2e édition. *Paris*, 1822, 1 vol. in-8, br. 3 fr.**

CORNUAU (S. F. D.). De la méthode circulaire appliquée aux amputations des membres dans leurs articulations. *Paris*, 1831, in-8. br. 1 fr. 25 c.

COSTA-SICRE. De la non contagion de la Fièvre jaune, et des dangers du Système sanitaire. *Paris*, 1827, 1 vol. in-8. 4 fr. 50c.

DAGOUMER. Précis historique de la fièvre, rattaché à l'histoire philosophique de la médecine. *Paris*, 1831, in-8° br. 3 fr.

On trouve dans cet ouvrage les opinions d'Hippocrate, de Galien, de Stall, d'Hoffman, de Boerhaave sur la fièvre, les avantages que l'on peut retirer du conseil de Descartes par rapport à la connaissance de la fièvre, l'opinion des médecins sur la fièvre, les doutes sur la science chez les anciens, et la suite des progrès de l'observation en médecine, un coup d'œil sur l'état de la médecine et de la philosophie après Hippocrate, etc., etc.

DAVACH DE LA RIVIÈRE. Le Miroir des urines, par l'inspection desquelles on connaît les différents tempéraments, les humeurs dominantes, les siéges et les causes des maladies. *Paris*, 1803, in-12, br. 2 fr.

DAWY. Éléments de Chimie appliquée à l'Agriculture ; suivis d'un traité sur la chimie des terres. Traduits de l'anglais, avec notes, par M. *Marchais de Migniaux. Paris*, 1820, 1 vol. in-12, avec fig., br. 6 fr. 50 c.

DELATRE. Quelques mots sur le Broiement de la pierre dans la vessie par des procédés mécaniques. *Paris*, 1825, in-8. 75 c.

DELATTIER DELAROCHE. Mémoire sur la cataracte, et guérison de cette maladie sans opération chirurgicale ; 2e édition augmentée, Paris, 1833, 1 vol. in-8o br. 6 fr.

DELEAU. Tableau de guérisons de Surdités opérées par le cathétérisme de la trompe d'Eustache ; suivi d'une lettre adressée à l'Académie de Médecine. *Paris*, 1827, in 8, br. 1 fr. 50 c.

DELEAU. Tableau des maladies de l'oreille, qui engendrent la Surdité. *Commercy*, 1825, in-plano d'une feuille. 1 fr. 50 c.

DELEAU. Sur le cathétérisme de la trompe d'Eustache, et sur les expériences de M. Itard. *Paris*, 1828, in-8, br. 1 fr 50 c.

DESBOIS DE ROCHEFORT. Cours élémentaire de matière médicale, suivi d'un précis sur l'art de formuler; nouvelle édition avec les augmentations, corrections et changements qu'exige l'état actuel des sciences physiques et médicales, par *Lullier-Winslow. Paris*, 1817, 2 vol. in-8. br. 13 fr.

DESGENETTES. Éloges des académiciens de Montpellier. *Paris*, 1811. in-8. br. 3 f. 50 c.

DESMYTERE. Topographie historique, physique, statistique et médicale de la ville et des environs de CASSEL (Nord). *Paris*, 1828, in-8., fig. br. 7 fr.

DESMYTERE. Tableaux synoptiques d'histoire naturelle médicale, et pharmaceutique, ou Phytologie et Zoologie envisagées sous les rapports anatomiques, physiologiques, taxonomiques, chimiques, pharmaceutiques et thérapeutiques ; etc. 2e édit. *Paris*, 1833, 1 vol. gr. in-8, avec 600 fig. gravées, représentant les caractères des ordres, et les familles du règne organique. 9 fr.

Le même ouvrage, sept feuilles satinées, sur papier grand-aigle. 18 fr.
(On vend séparément le tableau de zoologie, 1 feuille gr. in-fol. 2 fr. 50 c.)

DICTIONNAIRE Botanique et Pharmaceutique, contenant les principales propriétés des minéraux, des végétaux et des animaux d'usage, avec les préparations de pharmacie, internes et externes. 1 vol. in-12, br. 4 fr. 50 c.

DOUBLE. Traité du croup. (*Ouvrage qui a obtenu une des trois mentions honorables dans le grand concours ouvert sur cette maladie, par les ordres de* S. M. I. et R. *Paris*, 1811, 1 fort vol. in-8, br. 6 fr. 50 c.

DUBLED. Considérations physiques, morales et politiques sur la femme. *Paris*, 1823, in-18, br. 1 fr. 50 c.

DUBOUCHET. Traité des rétentions d'urine causées par les rétrécissements de l'urèthre, par les maladies de la prostate et par celles de la vessie ; de la blennorrhagie et de sa cure ; traitement des diverses affections qui en sont la suite, suivant la méthode de Ducamp perfectionnée. *Paris*, 1834, 1 vol. in-8o, avec planches. 5 fr.

DUCAMP. Réflexions critiques sur un écrit de M. Chomel, ayant pour titre : *De l'Existence des fièvres. Paris*, 1820, in-8, br. 1 fr. 80 c.

DUCHATEAU (F. T.) Observations sur plusieurs applications de forceps audessus du détroit supérieur du pubis, suivies de succès, et sur le cas où cette opération doit avoir la préférence sur la version, les crochets et la symphyséotomie. *Paris*, 1823, in-8, br. 1 fr. 25 c.

DUPARCQUE (F). Traité théorique et pratique sur les altérations organiques simples et cancéreuses de la MATRICE. *Paris*, 1832, 1 vol. in-8, br. 6 f. 50 c.

DUPOTET. Expériences publiques sur le magnétisme animal, faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, 3e édition, augmentée de nouveaux détails sur la personne qui avait été l'objet de ces expériences, et d'un précis de nouvelles observations sur le magnétisme, faites dans plusieurs hôpitaux de Paris, et suivies des dernières délibérations de l'Académie de médecine sur la question du magnétisme. *Paris*, 1826, 1 vol. in-8o, br. 3 f.

ETOC-DEMAZI, De la Stupidité considérée chez les aliénés : recherches faites à Bicêtre et à la Salpêtrière. *Paris*. 1833, in-4, br. 2 fr. 50 c.

FABRE. *Choléra-Morbus de Paris:* guide des praticiens dans le traitement et la connaissance de cette maladie, contenant les diverses méthodes de traitement adoptées par les médecins des hôpitaux de Paris, et les principaux médecins français et étrangers; l'histoire abrégée de l'épidémie, la symptomatologie, l'exposé des lésions cadavériques. *Paris*, 1832, etc., 1 vol. in-12, br. 2 fr. 50 c.

FABRE. Traité des maladies vénériennes; quatrième édition. *Paris*, 1795, in-8, br. 5 fr.

FÉE. Code pharmaceutique, ou Pharmacopée française. Traduction du *Codex medicamentarius;* 2e édition. *Paris*, 1826, 1 vol. in-8. 7 fr.

FODÉRÉ. Traité du Goître et du Crétinisme. An 8, 1 vol. in-8 br. 4 fr.

FONTANA. Traité des Maladies qui attaquent les Européens dans les pays chauds et dans les longues navigations. Traduit de l'italien par *Kéraudren. Paris*, 1818, in-8, br. 3 fr. 50 c.

FORMULAIRE PHARMACEUTIQUE, A l'usage des hôpitaux militaires de la France, rédigé par le conseil de santé des armées, et approuvé par son excellence le Ministre secrétaire d'état au département de la guerre. *Paris*, 1821, in-8, br. 5 fr.

FOUQUET (Mme). Recueil de Remèdes prompts et efficaces. *Lyon*, 1757, 2 vol. in-12, br. 5 fr.

FOUQUET (Henry). Essai sur le pouls par rapport aux affections des principaux organes. Nouvelle édition. *Montpellier*, 1818, in-8. 4 fr. 50 c.

FOURCROY. Entomologia parisiensis, sive Catalogus insectorum quæ in agro parisiensi reperiuntur, secundùm methodum Geoffræanam in sectiones, genera et species distributus, cui addita sunt nomina trivialia et ferè trecentæ novæ species. *Parisiis*, 1785, in-18, br. 3 fr.

FOY. Cours de pharmacologie, ou Traité élémentaire d'histoire naturelle médicale, de pharmacie et de la thérapeutique de chaque maladie en particulier, suivi de l'art de formuler en latin et en français. 2 forts vol. in-8, brochés. 16 fr.

Si l'anatomie, la physiologie, la pathologie sont les clefs de l'art de guérir, la pharmacologie n'est pas moins importante, puisqu'elle enseigne au médecin tout le parti qu'il peut tirer des médicaments.

Depuis long-temps il manquait à MM. les Élèves en médecine et à toutes les personnes qui s'occupent de l'art de guérir, un ouvrage sur la pharmacologie. M. le docteur Foy, professeur particulier de pharmacologie, etc., vient de remplir cette lacune en publiant le cours qu'il fait avec tant de succès depuis plusieurs années. Cet ouvrage, le seul qui existe sur cette partie de la médecine, ne laisse rien à désirer. Tous les agents thérapeutiques qui se trouvent au cabinet de la faculté de médecine de Paris, y sont décrits avec la plus grande exactitude. Les sophistications que les substances simples et composées éprouvent dans le commerce, y sont dévoilées et rendues faciles à reconnaître. De nombreux tableaux synoptiques sur les classifications, doses et modes d'administration des médicaments; un traité de thérapeutique de chaque maladie; la théorie et la pratique de toutes les préparations pharmaceutiques; des notions précises sur l'art de formuler; enfin un certain nombre de formules avec le texte latin en regard, insérés dans le second volume, font de ce traité pharmacologique, le manuel indispensable de tous les Élèves et des Praticiens.

Toutes les substances appartenant à l'histoire naturelle médicale, sont décrites dans l'ordre suivant :

1° Définition, comprenant :
- Noms français.
- — latins.
- — scieutifiques.
- Synonymie.
- Etymologie.
- Géographie.
- Naturee du végétal.
- Famille naturelle.
- Parties usitées.

2° Description, comprenant :
- Caractères physiques.
- — chimiques.
- — botaniques.
- — zoologiques.
- — minéralogiques.

3° Récolte et dessiccation ;
4° Sophistications; moyen de les reconnaître ;
5° Analyse. Étude des produits importants;
6° Usages ou propriétés médicinales ;
7° Préparations pharmaceutiques, doses et modes d'administration;
8° Mode d'action ou phénomènes physiologiques ;
9° Antidotes ;
10° Historique.

Toutes les substances appartenant à la pharmacie proprement dite, insérées dans le second volume, sont décrites dans l'ordre suivant :

Définition,
Étymologie,
Synonymie,
Division,
Préparation,
Règles à observer,
Phénomènes,
Propriétés médicinales,
Doses et Modes d'administration,
Conservation.

FOY. Nouveau Formulaire des praticiens, contenant 2,000 formules magistrales et officinales, suivi des secours à donner aux asphyxiés et aux empoisonnés, et d'un Mémorial thérapeutique. *Paris* 1833, 1 fort vol. in-18. 4 fr. 50 c.

Le nouveau Formulaire que vient de publier M. Foy, est un court abrégé sur les substances employées en médecine et sur leurs préparations ; il indique les formes sous lesquelles on emploie les médicaments et les doses auxquelles ils doivent être administrés. Comme médecin et comme pharmacien, M. Foy était dans une position favorable pour juger de la valeur des différents agents thérapeutiques et il a rempli avec honneur la tâche qu'il s'était imposé.

Le livre de M. Foy est le plus complet des formulaires portatifs qui soient actuellement répandus, et sous ce rapport il mérite à la fois l'intérêt des médecins qui sont appelés à prescrire et des pharmaciens qui doivent exécuter.

Les lecteurs seront bien aises de trouver à la suite du formulaire proprement dit un abrégé bien fait du secours à donner aux asphyxiés. Dans un autre chapitre, M. Foy rappelle les signes propres à faire reconnaître la mort réelle : plus tard, il s'occupe de réunir dans un cadre concis et exact, l'indication des moyens les plus propres à combattre les empoisonnements par les substances minérales ou par les poisons que fournit le règne organique ; mais ce qui donne un mérite spécial à ce formulaire, c'est un mémorial thérapeutique

assez étendu et bien complet, dans lequel M. Foy nous paraît avoir résumé avec beaucoup de talent les moyens les plus convenables de combattre chaque affection maladive. Cette partie de l'ouvrage de M. Foy sera sur-tout appréciée par les praticiens qui trouveront un moyen facile de se reconnaître au milieu du grand nombre de formules consignées dans la première partie de l'ouvrage.

(*Extrait du Journal de pharmacie*, 1833.)

GALL ET SPURZHEIM. Anatomie et physiologie du système nerveux en général, et du cerveau en particulier, avec des observations sur la possibilité de reconnaître plusieurs dispositions intellectuelles et morales de l'homme et des animaux, par la configuration de leurs têtes. Paris, 1810, 1819. 4 vol. in-4, avec un atlas de 100 planches in-fol. 480 f.

Le même, 5 vol. in-fol., papier vélin. 800 f.

GALLOT. Recherches sur la teigne, suivies des moyens curatifs nouvellement employés pour la guérison de cette maladie. *Paris*, 1803, in-8, br. 2 fr.

GARNOT. Leçons élémentaires sur l'art des Accouchements, à l'usage des sages-femmes; 2e édition considérablement augmentée. *Paris*, 1834, 1 vol. in-18, br. 2 fr. 50 c.

M. Garnot, ex-chirurgien en chef de la marine, est le premier médecin qui a ouvert un cours public d'accouchements pour les sages-femmes à la Martinique où il fit imprimer pour la première fois l'ouvrage que nous annonçons. Cette seconde édition est considérablement augmentée, et c'est sur la demande de M. *le Ministre de la Marine*, que M. Garnot s'est décidé à la publier.

Ces leçons sont écrites avec un style simple et dépouillé de mots trop scientifiques pour les femmes qui se livrent à l'étude des accouchements et qu'on ne peut entretenir de connaissances élevées.

GAY-LUSSAC. Recherches sur les maladies vénériennes primitives, considérées sur l'homme doué d'une saine constitution. *Paris*, 1803, in-8, br. 1 fr. 50 c.

GENDRIN. Histoire anatomique des Inflammations. *Paris*, 1826, 2 vol. in-8. br. 16 fr.

GENDRIN. Traité sur les maladies de l'Encéphale et de la moelle épinière. (Voyez ABERCROMBIE.)

GENDRIN. Recherches sur la nature et les causes prochaines des Fièvres. *Paris*, 1823, 2 vol. in-8. 12 fr.

GENDRIN. Monographie du Choléra épidémique de Paris, rédigé spécialement d'après les observations de l'auteur à l'Hôtel-Dieu. *Paris*, 1832, 1 vol. in-8, br. 7 fr.

GENDRON. Mémoire sur les fistules de la glande parotide et de son conduit excréteur. *Paris*, 1820, in-8, br. 1 f. 25 c.

GIRARD. Essai sur le tétanos rabien, ou Recherches et Réflexions sur la cause des accidents qui sont quelquefois la suite des morsures faites par des animaux enragés, suivies de quelques notions sur les moyens de prévenir ou de guérir cette maladie. *Lyon*, 1809, in-8, br. 2 f.

GIRAUD. Essai sur l'engorgement inflammatoire de l'ovaire consécutif à la métastase complète ou incomplète d'un écoulement vaginal. *Paris*, 1831, in-8, br. 1 f. 25 c.

GOBLIN. Manuel du dentiste à l'usage des examens, ou traité de chirurgie dentaire, considérée sous les rapports anatomiques, physiologiques, hygiéniques et pathologiques. *Paris*, 1827, 1 vol. in-8, br. 5 f.

GUYOT (JULES). Mémoire sur la fracture du col du fémur, et sur un nouvel appareil propre à la maintenir réduite. *Paris*, 1834, in-8o fig. br. 1 fr. 25 c.

GUYOT (JULES). Eléments de physique générale. *Paris*, 1832, in-8, br. 3 f. 50 c.

GUYOT (JULES). De la Vie universelle. *Paris*, 1833, in-4o 1 fr. 25 c.

HANIN. Cours de Matière médicale. *Paris*, 1819-1820, 2 vol, in-8. 12 fr.

HAREL DU TANCREL. Thérapeutique de la phthisie pulmonaire, suivie de notes sur la méthode de Dzondi, et le traitement de la syphilis en général et du typhus. *Paris*, 1830, in-8° br. 2 fr.

HATIN (JULES). Mémoire sur un nouveau procédé pour l'amputation du col de la matrice dans les affections cancéreuses, avec une planche représentant les instruments nécessaires à l'opération. *Paris*, 1827, in-8, broché, figures. 1 f. 25 c.

HATIN (FÉLIX). Mémoire sur de nouveaux instruments propres à faciliter la ligature des polypes qui naissent à la base du crâne, précédé de quelques considérations sur les variétés de cette maladie et sur les divers modes de traitement employés contre elle jusqu'à ce jour. *Paris*, 1829, in-8, fig., br. 1 f. 50 c.

HATIN (FÉLIX). De l'épilepsie considérée dans sa nature et dans ses causes, et des moyens propres à la guérir. *Paris*, 1830, in-8, br. 1 f. 50 c.

HEBRAY (A.). De l'influence de l'alimentation insuffisante sur l'économie animale. *Paris*, 1829, in-4°, br. 1 f. 50 c.

HELLER. Nécessité de l'usage intérieur des excitants. *Paris*, 1824, in-8, 1 f. 25 c.

HENRY. Précis descriptif sur les instruments de chirurgie anciens et modernes, contenant la description de chaque instrument, le nom de ceux qui y ont apporté des modifications, ceux préférés aujourd'hui par nos meilleurs praticiens, et l'indication des qualités que l'on doit rechercher dans chaque instrument. *Paris*, 1825, 1 vol. in-8, avec planches. 7 f.

HERNANDEZ. Essai analytique sur la non identité des virus syphilitique et gonorrhoïque. *Paris*, 1810, in-8, br. 4 fr. 50c.

HERPIN (F.) Méningites, ou Inflammation des membranes de l'encéphale, précédée de quelques considérations physiologiques sur ces membranes, et suivie de plusieurs observations recueillies à l'armée du Rhin. *Paris*, 1803, in-8, br 1 fr. 80 c.

HIPPOCRATE. Traité des Airs, des Eaux, des Lieux, trad. en français sur la version de Foëse, avec le texte latin en regard, accompagné de notes, et précédé d'un Précis sur la doctrine de ce médecin. *Paris*, 1804. in-8. br. 4 fr. 50 c.

HIPPOCRATE. Aphorismes grec-latin-français, d'après la collection des manuscrits de la Bibliothèque royale, avec une Dissertation sur ces manuscrits, et des variantes; par M. *de Mercy*. *Paris*, 1821, 1 vol-in-12, br. 5 fr.

HIPPOCRATE. Commentaires sur les Aphorismes, spécialement applicables à la Médecine dite clinique, avec le Traité des humeurs d'Hippocrate, traduit du grec par M. *de Mercy*. *Paris*, 1821. 2 vol. in-12, br. 8 fr.

HUMBERT. Manuel pratique des maladies de la peau, appelées *syphilides*, d'après les leçons cliniques de M. Biett. *Paris*, 1833, 1 vol. in-18 de 220 pages. 2 fr.

HUTIN (PH.) Recherches d'anatomie physiologique et pathologique sur la membrane muqueuse gastro-intestinale. *Paris*, 1826, in-8, br. 3 fr.

IMBERT DE LONNES. Nouvelles considérations sur le cautère actuel. *Avignon*, 1812, in-8, br. 6 fr. 50 c.

JOBERT (DE LAMBALLE). Traité théorique et pratique des maladies chirurgicales du canal intestinal. *Ouvrage couronné en* 1829 *par l'Institut royal de France.*) *Paris*, 1829, 2 vol. in-8, br. 12 fr.

M. Jobert, inspiré par le génie chirurgical, a eu l'heureuse idée de remédier aux plaies du canal intestinal en mettant en contact les tuniques de même nature; il a connu les difficultés avec lesquelles les muqueuses conçoivent l'inflammation adhésive, la promptitude avec laquelle ce mode inflammatoire s'empare des membranes séreuses; il a invaginé l'intestin de manière à mettre séreuse contre séreuse, et, jeune encore, il a placé son nom au-dessus de ce qu'on appelle les *quatre maîtres*. En offrant au public, dans un seul traité, toutes les maladies chirurgicales du canal intestinal, M. Jobert a pensé qu'il y aurait quelque avantage à trouver réunies les altérations nombreuses qui se trouvent éparses dans une foule d'auteurs différents. Voici le plan de son ouvrage:

Premier volume. Anatomie succincte du canal intestinal; vices de conformation congéniaux; lésions physiques; lésions vitales; productions accidentelles; déplacement des intestins.

Deuxième volume. Etranglement par engouement; étranglement spasmodique; gangrène intestinale à la suite de l'étranglement; anus contre nature; fistules stercorales; hernies épiploïques; hernies en particulier; arcade crurale; anneau ombilical; ligne blanche; hernies diaphragmatiques; trou ovalaire; anneau sciatique; hernies périnéales; hernies valvaires; hernies vaginales.

On ne lira pas sans intérêt plusieurs faits d'anatomie pathologique qui sont le résultat de ses expériences sur la gangrène, les changements de couleur des intestins et leur inflammation. Enfin, M. Jobert a consigné ses belles recherches sur *les Plaies, les Sutures des Intestins* et sur les *Hémorrhoïdes*.

JOBERT (DE LAMBALLE). Plaies d'armes à feu, Mémoire sur la cautérisation, et description du spéculum à bascule. *Paris*, 1833, 1 vol. in-8° avec 2 figures. 7 fr. 50 c.

JOURDAN. Code pharmaceutique; traduction du *Codex medicamentarius*. *Paris*, 1821; un fort vol. in-8, br. 8 fr.

KLENIUS. Interpres clinicus, sive de morborum indole, exitu in sanitatem metaschematismo, successionibus, eventu funesto, dijudicationes, præsagitiones medicæ, pagellæ in memoriæ subsidium medicis junioribus, ad infirmos ingressuris fideliter communicatæ, opusculum iterum edidit ac præfatus est ex editione Halleriana F. J. DOUBLE. *Paris*, 1809, 1 gros vol. in-32, br. 2 fr. 50 c.

KLEIN. Le médecin interprète de la nature, ou recueil de pronostics sur le caractère des maladies, leur guérison, leurs métastases, et leurs suites funestes. *Paris*, 1775, 2 vol. in-12, br. 4 fr.

LACÉPÈDE. Vue générale des progrès de plusieurs branches des sciences naturelles, depuis la mort de BUFFON. *Paris*, 1818, in-8, br. 3 fr. 50 c.

LAMOTTE. Traité complet de chirurgie, contenant des observations et des réflexions sur toutes les maladies chirurgicales et sur la manière de les traiter; 3e édition avec des notes par *Sabatier*. *Paris*, 1771, 2 vol. in-8, br. 12 fr.

LAMARCK (J. B. P. A.) Système analytique des connaissances positives de l'homme, restreintes à celles qui proviennent directement ou indirectement de l'observation. *Paris*, 1830, 1 vol. in-8, br. 6 fr.

Indication des principales questions traitées dans cet ouvrage: *des objets que l'homme peut considérer hors de lui, et que l'observation peut lui faire connaître; de la matière; de la nature; de la nécessité d'étudier la nature; exposition des sources où l'homme a puisé les connaissances qu'il possède; des corps inorganiques; des corps vivants; des végétaux; des animaux; de l'homme et de certains systèmes organiques observés en lui; analyse des phénomènes qui appartiennent au sentiment; de la sensation; des penchants naturels; de l'instinct; de l'intelligence; des idées, du jugement et de la raison; imagination, etc.*

LAMARCK (J. B. P. A.) Philosophie zoologique, ou exposition des considéra-

tions relatives à l'histoire naturelle des animaux; à la diversité de leur organisation et des facultés qu'ils en obtiennent; aux causes physiques qui maintiennent en eux la vie et donnent lieu aux mouvements qu'ils exécutent; enfin à celles qui produisent, les unes le sentiment, et les autres l'intelligence de ceux qui en sont doués, Nouvelle édition. *Paris*, 1830, 2 vol. in-8, br. 12 fr.

LA VÉRITÉ sur les progrès récens de l'ORTHOPÉDIE, ou l'art de corriger les difformités du corps humain. *Paris*, 1826, in-8, br. 75 c.

LEMBERT. Essai sur la méthode endermique (*lu à l'Académie royale des sciences*). *Paris*, 1828, in-8, br. 2 fr.

LEPELLETIER (de la Sarthe.) Traité complet sur la maladie scrofuleuse et les différentes variétés qu'elle peut offrir : ouvrage renfermant toutes les opinions des auteurs sur cette affection, sa théorie naturelle, ses causes, ses symptômes et ses complications; les principes généraux de l'éducation la plus propre à garantir les enfants de cette fâcheuse maladie; enfin l'exposition de tous les moyens conseillés dans cette circonstance; le traitement curatif de la diathèse écrouelleuse simple, celui de cette même diathèse compliquée d'une irritation ou d'une inflammation locale. *Paris*, 1830, in-8, br. 7 fr.

LEPELLETIER (de la Sarthe.) Physiologie médicale et philosophique. *Paris*, 1831, 1833, 4 vol. in-8, avec 12 planches litohgraphiques, et des tableaux synoptiques. 28 fr.

Cet ouvrage, dont tous les journaux de médecine ont fait un grand éloge, renferme l'exposition naturelle des lois de l'organisme vivant considéré dans les êtres animés en général, et dans l'homme en particulier; l'histoire approfondie de toutes les fonctions : 1° *vitales*, innervation, circulation, respiration; 2° *nutritives*, digestion, absorbtion générale, nutrition, où se trouvent exposées d'une manière complète la calorification et l'application raisonnée du froid dans le traitement des maladies; les sécrétions; 3° *de relation;* fonctions d'impression, ou sensations de combinaisons intellectuelles, d'expression; 4° *génitales*, excitation, copulation, fécondation, gestation, accouchement, lactation, avec la théorie des monstruosités, applications positives de tous les principes émis, dans cette histoire, à la pathologie, à l'hygiène, à la médecine légale, à la philosophie; l'examen des systèmes de Gall et de Lavater, l'étude naturelle des tempéraments, des passions, des caractères et de la physiognomonie réduite à ses véritables principes; l'histoire complète de la vie, de la mort, de la putréfaction, avec quelques aperçus généraux sur la théorie des races humaines.

LEROY (ALPH.) Des pertes de sang pendant la grossesse, lors et à la suite de l'accouchement; des fausses-couches et de toutes les hémorrhagies; 2e édition, in-8, br. 2 fr. 25 c.

LEROY (ALPH.) Manuel des goutteux et des rhumatisans, ou recueil de remèdes contre ces maladies; 2e édition augmentée de la traduction de l'ouvrage du Docteur *Tavares* sur un art nouveau de guérir les paroxysmes de la goutte, et de la preuve qu'elle siége primitivement dans les nerfs dont l'état social modifie l'organisation et la sensibilité. *Paris*, 1830, in-18, br. 3 fr.

LEROY (A.) Recherches sur les habillements des femmes et des enfants, ou examen de la manière dont il faut revêtir l'un et l'autre sexe. *Paris*, 1772, in-12, broc. 3 fr.

LÉVEILLÉ. Mémoire sur les rapports qui existent entre les premières et les secondes dents, et sur la disposition favorable de ces dernières au développement des deux mâchoires. *Paris*, 1811, in-8, fig. br. 1 fr. 25 c.

LEWIS. Connaissances pratiques des médicaments les plus salutaires, simples

et composés, officinaux et extemporanés, ou magistraux internes et externes; ou nouveau dispensaire qui contient la chimie pharmaceutique, les noms, la description, les qualités, propriétés, vertus, doses et usage des médicaments simples ; les préparations et compositions des pharmacopées de Londres, d'Edimbourg, les formules ou recettes choisies des hôpitaux anglais, celles des médecins les plus célèbres, trad. de l'Anglais. *Paris*, 1803, 3 vol. in-12, 10 fr. 50 c.

LIPPI (REGULUS). Dissertazione anatomico-zootomico fisiologica, divisa in cinque parti, corredata di tavole che mostrano la bizzarra forma degli organi della riproduzione di due individui nella specie umana. *Firenze*, 1826, in-8, avec 3 fig. 3 fr. 50 c.

— Illustrazioni fisiologiche e patologiche del systema linfatico-chilifero mediante la scoperta di un gran numero di comunicazioni di esso col venoso. *Firenze*, 1825, 1 vol. in-4, et atlas in-4 de 9 pl. 22 fr.

LITRÉ. Traité du *Choléra oriental*, rédigé d'après les documents publiés par les médecins allemands ; contenant la marche géographique du choléra, ses symptômes, l'anatomie pathologique, l'analyse chimique des liquides, la nature de la maladie, ses divers modes de propagation, l'exposé et la valeur des mesures sanitaires et prophylactiques; enfin les diverses méthodes de traitement, etc. Paris, 1832, 1 vol. in-8. 2 fr. 50 c.

LONDE (C.) Gymnastique médicale, ou l'exercice appliqué aux organes de l'homme, d'après les lois de la physiologie, de l'hygiène et de la thérapeutique. *Paris*, 1821, in-8, br. 4 fr.

LORDAT. Conseils sur la manière d'étudier la physiologie de l'homme. *Montpellier*, 1813, in-8, br. 2 fr. 50 c.

LOUYER VILLERMAY. Traité des Vapeurs, ou Maladies nerveuses, et sur-tout de l'hystérie et de l'hypochondrie. Nouv. édit. *Paris*, 1832, 2 vol. in-8, br. 11 fr.

MAHON. Médecine légale, et police médicale, avec quelques notes; par FAUTREL. *Paris*, 1811, 3 vol. in-8, br. 16 fr.

MALGAIGNE. Manuel de médecine opératoire, fondée sur l'anatomie normale et l'anatomie pathologique, *Paris*, 1834, 1 vol, grand in-18 de 800 pages. 6 fr.

L'ouvrage est divisé en trois sections. La première, sous le titre d'*Opérations élémentaires*, comprend les règles générales des incisions et des dissections, les cautérisations par les caustiques ou par le feu, la ligature en masse, les procédés hémostatiques, et les diverses méthodes de réunion. A la seconde section se rapportent, sous la dénomination d'*Opérations générales*, ou par ordres de systèmes : 1° la petite chirurgie ; 2° l'art du pédicure ; 3° l'art du dentiste ; 4° l'ouverture des abcès, l'ablation des kystes et des tumeurs, les procédés opératoires réclamés pour les plaies et les corps étrangers, les méthodes générales pour réparer les organes mutilés et corriger les cicatrices vicieuses; 5° les opérations qui se pratiquent sur les muscles et leurs dépendances; 6° celles qui se font sur les nerfs ; 7° sur les veines ; 8° sur les artères ; 9° sur les os ; et enfin les amputations. La troisième et dernière section traite des opérations spéciales, et par ordre de région, et rassemble ainsi tous les procédés qui n'avaient pu trouver place dans les deux autres ; en sorte que l'ouvrage présente le tableau le plus complet qu'on ait encore tracé de la médecine opératoire.

MALGAIGNE. Nouvelle Théorie de la voix humaine, Mémoire couronné par la société médicale d'émulation. *Paris*, 1831, in-8°, br. 1 fr. 50 c.

MALGAIGNE. Mémoire sur les luxations du poignet et sur les fractures qui les simulent, 2e édit. revue et corrigée. *Paris*, 1833, in-8° br. 2 fr.

MALGAIGNE. Mémoire sur les polypes de l'utérus ; thèse de concours de l'agrégation. *Paris*, 1833, in-8°, br, 2 fr

MALLAT. De la teigne faveuse. *Paris*, 1830, in-8. br. 1 fr. 50 c.

MANUEL des dames de charité, ou formules de médicaments faciles à préparer, suivi d'un traité abrégé de la saignée, et d'un extrait de plusieurs remèdes choisis, tirés des Éphémérides d'Allemagne. *Rouen*, 1789, 1 vol. in-12, br. 3 fr.

MAMELET. Notice sur les propriétés physiques, chimiques et médicinales des eaux de Contrexeville (Vosges). *Paris*, 1829, in-8, br. 2 fr.

MANEC. Anatomie analytique, *Nerf grand sympathique;* feuille grand in-fol. dessiné par Jacob. *Paris*, 1830. 6 fr. 50 c.
Fig. col. 13 fr.
Le même collé sur toile et vernis, fig. noire. 10 fr.
Le même collé sur toile et vernis, fig. col. 17 fr.

Parmi toutes les planches anatomiques qui ont été publiées jusqu'à ce jour, aucune ne représentait d'une manière claire et simple l'ensemble des ganglions du *grand sympathique*. Aussi M. Manec vient-il de rendre un véritable service à la science, en présentant réunis en un seul tableau, tous les nerfs de ces ganglions et les plexus qu'ils forment avant de se distribuer aux divers organes.

MANEC. Recherches anatomico-pathologiques sur la hernie crurale. *Paris*, 1826, in-4, avec trois planches, br. 2 fr. 50 c.

Placé à la tête d'un des plus vastes amphithéâtres de dissection, M. Manec, par l'étendue de ses connaissances, était en position plus que tout autre de présenter des considérations nouvelles sur quelques cas d'anatomie pathologique; aussi a-t-il fait preuve dans ses recherches sur la hernie crurale, d'une instruction aussi solide que variée. On trouvera dans son Mémoire quelques faits très intéressants sur la structure et sur la disposition des aponévroses et sur la manière de pratiquer l'opération de la hernie crurale.

MARCARD. De la nature et de l'usage des bains. Trad. de l'allem. par M. Parant, D. M. P. *Paris*, 1801, in-8, br. 3 fr. 60 c.

MARCET. Histoire chimique et traitement médical des affections calculeuses; Trad. de l'anglais par Riffault. *Paris*, 1823, in-8, fig., br. 6 fr.

MARIE-SAINT-URSIN. Manuel populaire de santé, ou Instructions sommaires sur les maladies qui règnent le plus souvent et les moyens les plus simples de les traiter, suivies de notions chirurgicales et pharmaceutiques. *Paris*, 1808, in-8, br. 6 fr.

MARTINI. Eléments de physiologie, traduits du latin avec des additions, par *Ratier*, D. M. *Paris*, 1824, in-8. br. 7 fr.

MARTIN-SAINT-ANGE. Anatomie analytique: Circulation du sang, considérée chez le fœtus de l'homme, et comparativement des quatre classes d'animaux vertébrés. Paris, 1833. Une feuille grand in-fol., fig. n. 7 f. 50
Idem, fig. col. 11 fr.
Le même, en anglais, fig. n. 8 fr.
Idem, fig. col. 14 fr.

MAUNOIR (J. P.) Mémoires physiologiques et pratiques sur l'anévrysme et la ligature des artères. *Genève*, 1802, in-8, fig. br. 1 fr. 80 c.

MAYOR (Mathias). Nouveau système de Déligation chirurgicale, ou Exposé des moyens simples et faciles de remplacer avec avantage les bandes et la charpie; de traiter les fractures sans attelles et sans obliger les blessés de garder le lit; de redresser les gibbosités sans lits mécaniques; de soulever les malades sans douleurs ni embarras; de mettre le traitement d'un grand nombre d'affections chirurgicales à la portée des masses, en l'absence des hommes de l'art, et de populariser la chirurgie dans les armées. *Paris*, 1832, 1 vol. in-8, avec fig. 7 fr. 50 c.

MÉDECINE ET CHIRURGIE des pauvres, qui contiennent des remèdes choisis, faciles à préparer et sans dépense, pour la plupart des maladies internes et externes qui attaquent le corps humain. *Paris*, 1823, in-12, br. 2 fr. 50 c.

MÈGE. Description d'une fièvre intermittente épidémique, *Paris*, 1822, in-8. 1 fr. 50 c.

MÉNIÈRE (Prosper). L'Hôtel-Dieu de Paris en juillet et août 1830.— Histoire de ce qui s'est passé dans cet hôpital pendant et après les trois journées; suivie de détails sur le nombre, la gravité des blessures et les circonstances qui les ont rendues fatales. *Paris*, 1830, in-8°, br. 6 fr.

MICHU (J.-L.) Discussion médico-légale sur la monomanie homicide, à propos du meurtre commis par *Henriette Cornier*. *Paris*, 1826, in-8, br. 1 f. 25 c.

MILLAR (James). Éléments de chimie pratique appliquée aux arts et aux manufactures, traduits de l'Anglais, avec notes, par M. *Coulier*. *Paris*, 1822, 1 vol. in-8, br. 7 fr. 50 c.

MILLIN. Eléments d'histoire naturelle, ouvrage couronné par le jury des livres élémentaires et adopté par le corps législatif pour les écoles nationales; 3e édition, enrichie de 22 planches contenant plus de 600 sujets. *Paris*, 1802, un fort vol. in-8°, br. 8 f.

MONDAT. De la stélérité de l'homme et de la femme, et des moyens d'y remédier, 4e édition. *Paris*, 1833, in-8° br. 6 fr.

MORELOT. Cours élémentaire théorique et pratique de pharmacie chimique, ou Manuel du pharmacien chimiste; contenant la description de tous les médicaments usités en médecine; la définition des diverses opérations pharmaceuto-chimiques; l'indication de tous les procédés connus, tant anciens que modernes; le mode d'exercice pratique relatif à chacun d'eux; l'explication des divers phénomènes qui se passent dans chaque opération conformément à la théorie la plus moderne; l'exposition des vertus, de l'usage et des doses des médicaments, tant magistraux qu'officinaux; 2e édition revue, corrigée par Mérat, D. M. P. *Paris*, 1814, 3 vol. in-8, br. 18 f.

NOUVEAU TRAITÉ DES HÉMORRHOIDES, ou exposé des symptômes, du diagnostic, de la marche, du pronostic, des causes et du traitement de cette fâcheuse maladie; suivi d'un formulaire de prescriptions médicamenteuses employées chez les hémorrhoïdaires; par C. S., docteur en médecine de la faculté de Paris. *Paris*, 1830, 1 vol. in-8°, br. 2 f.

OLLIVIER. De la moelle épinière et de ses maladies. *Paris*, 1824, 1 vol. in-8. 3 fr. 50 c.

PALLUCCI. Nouvelles remarques sur la lithotomie, suivies de plusieurs observations sur la séparation du pénis et sur l'amputation des mamelles. *Paris*, 1730, in-12, fig., br. 3 f.

PARMENTIER. L'art de faire les eaux-de-vie d'après la doctrine de *M. Chaptal*, où l'on trouve les procédés de *Rozier* pour économiser la dépense de leur distillation et augmenter la spirituosité des eaux-de-vie de vin, de lie, de marc, de cidre, de grains, etc.; suivi de l'art de faire des vinaigres simples et composés, avec la méthode en usage à Orléans pour leur fabrication; les recettes des vinaigres aromatiques et les procédés par lesquels on obtient le vinaigre de bière, de cidre, de lait, de malt, etc. *Paris*, 1819, 1 vol. in-8°, avec cinq planches. 4 f.

PASTA (De Bergame). Traité des pertes de sang chez les femmes enceintes, et des accidents relatifs aux flux de l'utérus qui succèdent à l'accouchement;

traduit de l'Italien avec des notes; par J. L. *Alibert. Paris*, an 8, 2 vol. in-8, br. 9 fr.

PELLETAN père. Observation sur un ostéo-sarcôme de l'humérus, simulant un anévrysme. *Paris*, 1815, in-8°, fig., br. 1 f. 25 c.

PERCY. Manuel du chirurgien d'armée, ou instruction de chirurgie militaire, sur le traitement des plaies d'armes à feu, avec la méthode d'extraire de ces plaies les corps étrangers, et la description d'un nouvel instrument propre à cet usage (*ouvrage qui a remporté le prix du concours de l'Académie royale de chirurgie de Paris*) : on y a joint un recueil de mémoires et d'observations sur le même sujet, puisés dans les meilleures sources ou fournis par les praticiens les plus célèbres; nouvelle édition. *Paris*, 1830, in-12, fig. br. 2 fr. 50 c.

PERCY. Pyrotechnie chirurgicale, ou l'art d'appliquer le feu en chirurgie. *Paris*, 1811, in-12, fig. br. 3 fr.

PETIT (de l'île de Ré). La syphilis connaît-elle pour cause un principe spécifique, ou n'est-elle que le résultat de l'irritation? Les moyens antiphlogistiques doivent-ils dans tous les cas être préférés au mercure dans le traitement de cette maladie, et la guérison s'opère-t-elle d'une manière aussi sûre? *Paris*, 1830, in-8, br. 1 fr. 50. c.

PETIT (de l'île de Ré). De l'emploi du proto-iodure de mercure dans le traitement des maladies syphilitiques. *Paris*, 1833, in-8°, br. 1 fr. 25 c.

PIHOREL. Considérations sur l'humidité. *Paris*, 1827, in-8, br. 1 fr. 50 c.

POIRET. Leçons de Flore. Cours de Botanique; explication des principaux systèmes; introduction à l'étude des plantes. *Paris*, 1823, 1 vol. in-8, br. 6 fr.

POISSEUILLE. Recherches sur la force du cœur aortique. (*Ce mémoire a été couronné en* 1829 *par l'Institut royal de France.*) *Paris*, 1828, in-4, fig., br. 2 fr.

POISSONNIER, DESPERRIÈRES, ANDRY, VICQ D'AZIR, DELALOUETTE, fils, et THOURET. Histoire du traitement fait à Senlis à quinze personnes mordues par un chien enragé. *Paris*, 1780, in-12, br. 2 fr.

PONELLE. Nouveau manuel complet des Aspirans au Baccalauréat-ès-Lettres, renfermant les réponces à toutes les questions, de Rhétorique, d'Histoire ancienne, romaine, du moyen âge et moderne, de géographie, de logique, de méthaphysique et de moral, de mathématiques élémentaires, de physique, de chimie et d'astronomie. 4e édition très augmentée. *Paris*, 1832, 1 fort vol. in-8. br. 7 fr. 50 c.

POUPIN-CÈRE. Histoire du MAGNÉTISME ANIMAL, depuis son origine jusqu'à nos jours. *Paris*, 1834, 1 fort vol. in-8 (sous presse).

POUTEAU, Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, œuvres posthumes. *Paris*, 1783, 3 vol. in-8 br. 15 fr.

Il ne reste plus qu'un très petit nombre d'exemplaires de cet ouvrage qui se recommande par beaucoup de mémoires remarquables sur le cancer, la phthisie, le rachitis, les engorgements des articulations, les plaies de la tête, les luxations, les fractures, les naissances tardives, les ossifications extraordinaires, le pansement des fistules à l'anus, la taille et les maladies des voies urinaires, etc.

PROST (P. A.). Médecine éclairée par l'observation et l'ouverture des corps. *Paris*, 1804, 2 vol. in-8°, br. 8 fr.

PROST (P. A.). Traité du choléra-morbus considéré sous les rapports anatomico-pathologiques, thérapeutiques et hygiéniques. *Paris*, 1832, in-8°, br. 6 fr.

RAYMOND. Traité des maladies qu'il est dangereux de guérir; nouvelle édition avec des notes, par *Girandy*. *Paris*, 1816, 1 vol. in-8. 5 fr.

RÉAUMUR. Mémoires pour servir à l'Histoire des insectes. *Amsterdam*, 1737 à 1742, 12 vol. in-12, fig. 24 fr.

RÉDARÈS. Manuel de l'Herboriste, ou Manière de récolter, de sécher et de préparer les plantes médicinales indigènes. *Paris*, 1828, in-18, br. 3 fr.

REGNIER. De la pustule maligne, ou nouvel exposé des phénomènes observés pendant son cours; suivi du traitement antiphlogistique plus approprié à sa véritable nature, et de quelques observations sur les effets du suspensoir. *Paris*, 1829, in-8, br. 4 fr.

RÉPERTOIRE général d'anatomie et de physiologie pathologiques et de clinique chirurgicale, ou recueil de mémoires et d'observations sur la chirurgie, sur l'anatomie et la physiologie des tissus sains et des tissus malades, par une Société de médecins et de chirurgiens, et rédigé par G. Breschet: années 1826, 1827, 1828, 1829. 8 vol. in-4° avec fig. 96 fr.
— Chaque année séparément, 2 vol. in-4°, avec fig. 24 fr.

RIBAIL Jeune, Essai sur l'épilepsie, et en particulier sur son traitement radical. *Paris*, 1830, in-8° br. 2 fr. 50 c.

RIVALLIÉ. Précis sur le croup, ses causes, ses symptômes et les moyens de le prévenir, avec deux observations de guérison obtenue par l'application de moxas. *Paris*, 1826, in-8, br. 1 fr. 50 c.

ROCHE (L. C.) Réfutation des objections faites à la nouvelle doctrine des fièvres ou de la non-existence des fièvres essentielles. Mémoire en réponse à celui de M. Chomel, ayant pour titre de l'Existence des fièvres, etc., et au rapport de M. Fouquier sur ce Mémoire. *Paris*, 1821, in-8, br. 2 fr. 50 c.

ROUX (Gasp.). Histoire médicale de l'armée en Morée pendant la campagne de 1828. *Paris*, 1829, in-8, br. 4 fr.

RUFZ. Compte rendu de la Clinique de M. Rullier, médecin de l'hôpital de la Charité, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. *Paris*, 1832. In-8 br. 3 f.

SANCHEZ. Dissertation sur l'origine de la maladie vénérienne, pour prouver que le mal n'est pas venu d'Amérique, mais qu'il a commencé en Europe par une épidémie. *Paris*, 1752, in-12, br. 1 fr. 80 c.

SAUCEROTTE (Constant). Essai sur les altérations des liquides de l'économie animale, considérées dans leurs causes et leurs effets. *Paris*, 1830, in-8, br. 1 fr. 50 c.

— Eclectisme médical, tel qu'il peut être conçu à l'époque actuelle. *Paris*, 1830, in-8, br. 60 c.

— Nouveaux conseils aux femmes sur l'âge prétendu critique; ou conduite à tenir lors de la cessation des *règles*; 3e édition, augmentée de nouvelles considérations sur la première apparition des *règles*, les dérangements de la *menstruation* et sur les *flueurs blanches*. *Paris*, 1829, in-8, br. 2 fr.

SAUCEROTTE (Constant). Instructions sur les moyens propres à se préserver du Choléra-Morbus. *Paris*, 1831, in-8, br. 1 fr. 50 c.

SAVIGNY. Histoire naturelle et mythologique de l'Ibis. *Paris*, 1805, in-8 br. fig. 5 fr.

SCHRADER DE BRUNSWICK. De la torsion des artères, traduite du latin, seconde édition augmentée d'un aperçu critique sur quelues procédés récemment imaginés pour obtenir l'oblitération des artères en cas d'anévrismes, sans avoir recours à la ligature ; par *A. Petit* (*de l'Ile de Ré*), *D. M. P. Paris*; 1834, in-8. 2 fr. 50 c.

On trouve dans cet ouvrage non-seulement toutes les expériences de M. *Amussat*, mais encore celles de tous les chirurgiens qui se sont occupés de la torsion et de l'oblitération des artères.

SEDILLOT. Manuel complet de médecine légale considérée dans ses rapports avec la législation actuelle. *Paris*, 1833, 1 vol. in-18, br. 5 fr.

SELLE. Éléments de pyrétologie méthodique, traduit du latin par Montblanc. *Lyon*, an IX. in-8. br. 3 fr.

SENAC. Traité des maladies du cœur. *Paris*, 1783, 2 vol. in-12, br. 3 fr.

SICHEL (Jules). Propositions générales sur l'ophthalmologie, suivies de l'Histoire de l'ophthalmie rhumatismale. *Paris*, 1833, in-8, br. 1 fr. 50 c.

SPALLANZANI. Opuscules de physique animale et végétale, suivis d'expériences pour servir à l'histoire de la génération des animaux et des plantes ; traduit de l'Italien ; par *Senebier*. *Paris*, 1787, 3 vol, in-8, avec fig. 15 fr.

SPALLANZANI. Expériences sur la circulation observée dans l'universalité du système vasculaire, traduit de l'Italien ; par *Tourdes, D. M. M. Paris*, an VIII, in-8, br. 4 fr.

STOLL. Aphorismes sur la connaissance et cure des fièvres, traduits en français par *Corvisart*, avec le texte latin. *Paris*, 1797, in-8, br. 6 fr.

STOLL. Médecine pratique, trad. par Terrier, D. M. P. *Bordeaux*. 3 vol. in-8°, br. 7 fr.

SINIBALDI. Traité de l'éducation physique, traduit de l'italien par Bompard. *Paris*, 1818, in-8, br. 5 fr.

SŒMMERING. Iconologie de l'organe de l'ouïe ; traduit du latin par B. Rivallié, D. M. P., nouvelle édition. *Paris*, 1828, in-8. et atlas in-4° de 17 planches très bien lithographiées. 7 fr.

Parmi les travaux anatomiques de Sœmmering, celui qui a pour objet l'organe auditif est sans contredit l'un des plus importants ; aussi le docteur Rivallié vient-il de rendre un véritable service à la science, en mettant à la portée de tous les lecteurs un ouvrage que sa rareté et son prix élevé empêchaient de consulter avec fruit. La lithographie a reproduit avec une netteté et une précision remarquables les parties les plus déliées de l'oreille interne, et que la gravure seule semblait pouvoir rendre convenablement. Ces planches, d'une exécution parfaite, sont accompagnées d'une brochure qui contient leur explication. Aucun traité d'anatomie en planches ne peut rivaliser avec l'exactitude et la perfection des détails anatomiques représentés dans les dix-sept planches de l'organe de l'ouïe de Sœmmering, qui doivent être recherchées de tous les médecins jaloux de posséder des connaissances précises sur les détails des parties les plus complexes de notre organisation.

TABLEAU synoptique de chimie minérale, indiquant succinctement les principaux caractères physiques, chimiques et distinctifs des corps simples, de leur combinaison et la source de leur extraction. *Paris*, 1831, in-fol. 2 f. 50 c.

TARTRA. De l'opération de la cataracte. *Paris*, 1812, in-4, br. 3 fr.

TENON (M. J.) Offrande aux vieillards de quelques moyens pour prolonger leur vie. *Paris*, 1813, in-8, br. 60 c.

TIEDMANN ET GMELIN. Recherches sur la route que prennent diverses substances pour passer de l'estomac et du canal intestinal dans le sang ; traduit de l'Allemand par *Heller*. *Paris*, 1821, in-8, br. 2 fr. 25 c.

THIAUDIÈRE (P. D.). Observations sur deux cas remarquables d'accouchements laborieux, précédées de réflexions sur l'exercice de la profession de sage-femme en France. *Paris*, 1830, in-8, br. 75 c.

THIAUDIÈRE (P. D.), ancien chirurgien interne de l'hôpital des vénériens et de l'Hôtel-Dieu de Paris. L'art de se préserver de la contagion syphilitique à l'usage des deux sexes. *Paris*, 1831, in-8, br. 1 fr. 50 c.

THUILLIER. Flore des environs de Paris, ou distribution méthodique des plantes qui croissent naturellement, faite d'après le système de Linnée, avec le nom et la description de chacune en latin et en français, l'indication de leur lieu natal, de leur durée, du temps de leur floraison, de la couleur de leurs fleurs et la citation des auteurs qui les ont le mieux décrites ou en ont donné les meilleures figures. Nouvelle édition, revue, corrigée et augmentée. *Paris*, 1824, 1 vol. in-8, br. 6 fr.

TISSOT. Dissertation sur les fièvres bilieuses, traduit du latin avec quelques additions ; par M. *Mahot*, médecin. *Paris*, an VIII, 1 vol. in-12, br. 2 fr.

TISSOT. Dissertatio de febribus biliosis, an VIII, in-8, br. 2 fr. 50 c.

TISSOT. Sermo inauguralis de valetudine litteratorum. *Lausannœ*, 1766, 1 vol. in-8. 2 fr. 50 c.

TISSOT. L'Onanisme. Dissertation sur les maladies produites par la masturturbation. *Paris*, 1823, 1 vol. in-12, br. 1 fr. 50 c.

TOMMASINI. Précis d'une nouvelle doctrine médicale italienne, ou Introduction aux leçons de clinique interne de l'université de Bologne pour l'année scolaire 1816 à 1817 ; suivi du tableau des résultats obtenus dans la clinique interne de Bologne dans l'espace de trois années scolaires ; traduit de l'Italien ; par *Vander-Lenden D. M. Paris*, 1822, 1 vol. in-8, 3 fr.

TOURTELLE. Éléments d'hygiène, ou de l'influence des causes physiques et morales sur l'homme, et des moyens de conserver la santé ; 4e édition, revue, corrigée et augmentée par BRICHETEAU, D. M. P. *Paris*, 1823, 2 vol. in-8, br. 12 fr.

TROUSSEL. Mémoire sur le mal de gorge des enfants, connu sous le nom de croup. *Paris*, 1819, in-8, br. 1 fr.

VACQUIÉ. Mémoire sur les traces de l'inflammation dans les viscères. *Paris*, 1825, in-8, br. 1 fr. 50 c.

VALLESIUS. *Methodus medendi*, 1647, 1 vol. in-12, br. 3 fr.

VAUQUELIN. Collection de Mémoires relatifs à l'analyse chimique de la stilbite, de la chlorite verte pulvérulente, du pyroxène de l'Etna, du rubis spinelle, de l'émeraude du Pérou, du sulfate de strontiane de France, de la chrysolithe des joailliers, de la topaze blanche de Saxe, du schorl violet, du péridot du commerce, de quatre échantillons d'acier, d'une variété de grenats noirs, de l'aigue-marine, de l'alun du commerce, des grenats blancs ou leucite des volcans, des hyacinthes de Ceylan et d'Expailly, du plomb rouge de Sibérie, d'une mine de cuivre ferrugineuse de la Barde, d'une mine de fer de Gaillac (Tarn), d'un échantillon de plombagine, de l'argent rouge transparent, etc., etc. 1 vol. in-8, br. 15 fr.

Il ne reste que dix exemplaires de tous ces Mémoires, extraits du Journal des Mines.

VIGNES. Traité complet de la dysenterie et de la diarrhée, précédé de l'histoire clinique de ces maladies, suivi de quelques considérations sur la contagion essentielle et sur celle de la dysenterie. *Paris*, 1825, 1 fort vol. in-8, br., 6 fr.

VIGNEUX. Flore pittoresque des environs de Paris, ornée de 250 planches. *Paris*, 1812, in-4, br. 30 fr.

VILLAIN. Dissertation philosophiqne, physiologique et métaphysique sur l'indentité de la vie intellectuelle et matérielle de tous les êtres qui vivent ou végètent sur la terre. *Théorie électrique thérapeutique. Paris*, 1833, in-8, br. 2 fr. 50 c.

VILLARDEBO. De l'opération da l'anévrysme selon la méthode de Brasdor. *Paris*, 1831, in-4. br. 3 fr. 50 c.

VOISIN. Du bégayement; ses causes, ses différents degrès; influence des passions, des sexes, des âges, sur ce vice de ponctuation; moyens thérapeutiques pour prévenir, modifié ou guérir cette infirmité. *Paris*, 1821, in-8, br. 2 fr.

WELLER. Trait théorique et pratique des maladies des yeux, traduit de l'allemand sur la dernière édition, per *F. J. Riester*, avec des notes par *Jallat, D. M. P. Paris*, 1832, 2 vol. in-8, avec 6 fig. dont 4 col. 10 fr.

WINSLOW. Expositiou anatomique de la structure du corps humain, etc. *Paris*, 1776, 4 vol. in-12, fig., br. 8 fr.

ZIMMERMANN. Traité de la dysentie, *Paris*, 1810, 1 vol. in-12, broché. 2 fr. 50 c.

